

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL  
– MESTRADO E DOUTORADO –  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Vanderlei Trindade da Fontoura

**REDES ORGANIZACIONAIS COMO ALTERNATIVA PARA GESTÃO  
HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO DA ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO VALE  
DO RIO PARDO – RS**

Santa Cruz do Sul, novembro de 2011

Vanderlei Trindade da Fontoura

**REDES ORGANIZACIONAIS COMO ALTERNATIVA PARA GESTÃO  
HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO DA ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO VALE  
DO RIO PARDO – RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado, da Universidade de Santa Cruz do Sul, para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Cezar Arend  
Co-orientadora: Profa. Dra. Marília Patta Ramos

Santa Cruz do Sul, novembro de 2011.

Vanderlei Trindade da Fontoura

**REDES ORGANIZACIONAIS COMO ALTERNATIVA PARA GESTÃO  
HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO DA ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO VALE  
DO RIO PARDO – RS**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

*Dr. Silvio Cezar Arend*

Professor Orientador

*Dr<sup>a</sup> Marília Patta Ramos*

Co-orientadora

*Dr<sup>a</sup> Virginia Elisabeta Etges*

*Dr. Clailton Ataídes de Freitas*

A Minha esposa **Fernanda** e a meus filhos  
**Lázaro, Tobias e Ana Lúcia** pela compreensão  
que dispensaram durante trinta meses  
de duração deste curso.

A meus pais **Anecy Tavares da Fontoura “in memoriam”** e  
**Estelita Trindade da Fontoura**, pelos valores morais e éticos  
que me ensinaram e pelo próprio exemplo. Por me mostrarem o  
caminho de uma vida justa e honesta.

**Dedico-lhes esse trabalho com muito amor e gratidão  
por toda a compreensão em todos os momentos.**

**Amo muito vocês!**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus que com seu Espírito colocou verdadeiros Anjos que foram força e luz em todo o tempo de Estudo.

A Adelina e ao Fernando, pelo apoio, oração e carinho.

Agradeço a todos os entrevistados que com seus olhares, me ajudaram complementar o um universo teórico com suas vivências, diferentes experiências, relatos, ajudaram a compreender como é importante a troca de saberes. Cada entrevista teve um significado e uma importância própria no processo de aprendizagem sobre o tema.

Agradeço a todos os colegas do Curso pelo companheirismo, alegria e incentivo, sempre forneceram valiosas contribuições em minha pesquisa.

Sou grato ao meu orientador Prof. Silvio Cezar Arend, que com competência intelectual, infinita paciência e com o cuidado de quem zela pela construção de um novo trabalho, orientou-me incansavelmente e mostrou-se mais que exemplo de profissional, um amigo, solidário e incentivador. Agradeço a minha co-orientadora Prof<sup>a</sup> Marília Patta Ramos, sua competência e seriedade acadêmica, provocando questionamentos, trazendo novas reflexões para que eu ampliasse meu olhar em relação a outros seguimentos da saúde. Tenho consciência que sem eles, este trabalho não seria possível.

## RESUMO

Os hospitais nasceram do nobre espírito de cuidar dos que necessitavam, há séculos desempenham a missão de ser solução em saúde curativa e preventiva para suas cidades e região. Por sua importância, seus prejuízos têm sido financiados com muitas dificuldades, especialmente com a evolução tecnológica, tornaram-se pesadas estruturas, complexas e com custos elevados. Este estudo se propôs através uma revisão da literatura e entrevistas com os gestores hospitalares, compreender parte da história institucional dos Hospitais Filantrópicos e Comunitários, como estas organizações interagem com a sua região, seus desafios e seus ativos relacionais, especialmente os integrantes do Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo. O objetivo foi identificar os principais benefícios do Sindicato como um modelo de rede, na sustentabilidade das organizações e no desenvolvimento da assistência à população, bem como os benefícios das redes organizacionais, através dos seus preceitos teóricos e na visão de seus principais executivos. Além disto foram analisados os benefícios econômicos, sociais e ambientais com as estratégias das redes hospitalares, alternativas logísticas que venham qualificar o atendimento hospitalar da região com uma gestão mais racional, identificando os gargalos que poderiam ser eliminados com a dinâmica de rede. Os resultados revelam que isoladamente as organizações lutam fragilizadas para cumprir sua missão e pouco integram forças que precisariam serem compartilhadas, para vencer suas maiores adversidades. Também é proposta uma metodologia de financiamento da atividade hospitalar com valores fixos e por região para futuros estudos, que também fortaleçam os elos regionais entre as instituições, com a rede básica utilizando a pesquisa e a prevenção como estratégia principal.

**Palavras-Chave:** regionalização; desenvolvimento regional; redes de hospitais; gestão hospitalar.

## ABSTRACT

Hospitals were born of the noble spirit of caring for those in need, for centuries the mission play solution to be curative and preventive health care for their city and region. Given its importance, its losses have been funded with many difficulties, and especially with the evolution of technology, became heavy structures, complex and costly. This study aimed through a literature review and interviews with hospital managers, institutional understanding of the history of the Hospitals and Philanthropic Community, how these organizations interact with their region, its challenges and its relational assets, especially the members of the Syndicate of Hospitals Charitable, Religious and Charitable Vale do Rio Pardo. The aim was to identify the main benefits of the Union as a model network, the sustainability of organizations and development assistance to the population as well as the benefits of organizational networks, through its theoretical precepts and vision of its top executives. In addition were also analyzed the economic, social and environmental strategies of hospital networks, logistics alternatives that may qualify the hospital care in the region with a more rational management, identifying the bottlenecks that could be eliminated with the dynamic network. The results show that organizations are struggling alone to fulfill its mission fragile and poorly integrated forces that need to be shared, to win his greatest adversity. In conclusion, we propose a method of funding hospital activity for future studies, which also strengthen the links between the regional institutions, with the network using basic research and prevention as a primary strategy.

**Key Words:** regionalization, regional development, networks of hospitals, hospital management.

## LISTA DE GRÁFICOS

01	Número de Leitos Totais e do SUS no RS.....	40
02	Número de Leitos por 1000 Habitantes no Brasil e RS.....	42



## LISTA DE FIGURAS

01	Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde.....	58
02	Mapa da 8ª e 13ª Coordenadorias de Saúde do RS.....	60
03	Mapa do Corede Vale do Rio Pardo.....	65
04	Mapa dos Hospitais do Sindicato do Vale do Rio Pardo.....	70
05	Mapa das diferenças na formação das regiões do Vale do Rio Pardo.....	73

## LISTA DE QUADROS

01	Quantidade de Hospitais cadastrados no Rio Grande do Sul.....	35
02	Estabelecimentos de Saúde no território Brasileiro.....	40
03	Número de hospitais públicos e privados por Regional de Saúde - set/2010.	55
04	Leitos públicos e privados por Macrorregião do RS.....	56
05	Leitos públicos e privados da 8ª e da 13ª CRS.....	61
06	Leitos da 8ª e da 13ª CRS por 1000 habitantes.....	61

## LISTA DE TABELAS

01 Pontuação para enquadramento do porte de cada hospital.....	46
02 Os Hospitais do Sindicato Vale do Rio Pardo.....	71
03 Defasagem da tabela SUS em relação aos custos das Santas Casas –RS...	83

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
AMS	Assistência Médico-Sanitária
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária em Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COREDE	Conselhos Regionais de Desenvolvimento
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CMB	Confederação Nacional das Santas Casas de Misericórdia
CREMERS	Conselho Regional de Medicina
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMURS	Federação de Associações de Municípios do Rio Grande do Sul
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IDESE	Índice de Desenvolvimento Social e Econômico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério de Educação
OMS	Organização Mundial Saúde

PAB-A	Piso de Atenção Básica Ampliado
PPA	Plano Plurianual Assistência
PSF	Programa de Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada Integrada
PDR	Plano Diretor de Regionalização
RN	Resolução Normativa
RSSS	Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
SAC	Serviços de Atendimento ao Cliente
SE	Salas de Estabilização
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINDHVARP	Sindicato dos Hospitais Benéficos, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SRI	Secretaria de Relações Institucionais
SUS	Sistema Único de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	15
1 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES.....	21
1.1 A participação do movimento das Misericórdias na prestação dos serviços hospitalares.....	26
1.2 Aspectos históricos da assistência hospitalar no Brasil.....	28
1.3 Funções do Hospital.....	30
1.4 Tipos de Organizações Hospitalares.....	35
1.5 Classificação Hospitalar.....	43
2 REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO VALE DO RIO PARDO.....	53
2.1 Coordenadorias Regionais de Saúde .....	57
2.2 Os COREDEs na distribuição de recursos para assistência hospitalar .....	62
2.3 Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo – SINDHVARP.....	68
3 REDES ORGANIZACIONAIS E O CASE DO SINDHVARP .....	77
3.1 Redes Hospitalares .....	80
3.2 A Rede Hospitalar do Vale do Rio Pardo - SINDHVARP .....	91
3.2.1 A Região com um Centro Resolutivo .....	92
3.2.2 Formas de Financiamento.....	94
3.2.3 Possibilidades com a estratégia de Redes Hospitalares .....	97
4 A REGIONALIZAÇÃO E AS REDES ORGANIZACIONAIS NA VISÃO DOS GESTORES HOSPITALARES DO SINDHVARP.....	105
4.1 A visão dos entrevistados .....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS .....	123
Anexo 1 – Questionário de pesquisa .....	127
Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	129

## INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, o hospital é uma instituição fundamental, pois provê o cuidado com a saúde da sociedade, monitorando o nascimento, a enfermidade e a morte. Estas instituições são marcadas pela complexidade, tendo em vista a magnitude do seu papel na sociedade e as inúmeras responsabilidades atribuídas. Mirshawka (1994) define o hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também um centro de educação, com capacidade de recursos humanos e de pesquisas em saúde.

Os serviços hospitalares estão permanentemente em transformação, na medida em que a ciência evolui os gestores são desafiados a proverem meios para disponibilizarem novos benefícios. Os usuários mais exigentes, não se contentam com qualquer tipo de atendimento, não basta apenas tratar a doença é preciso meios adequados para tratar bem o doente, o que exige aperfeiçoamento contínuo dos seus recursos humanos, tecnológicos e instalações (LONDOÑO, MORENO E LAVERDE, 2003).

O poder público com a responsabilidade constitucional de articular políticas públicas que sejam capazes de minimizar as carências de atenção preventiva e curativa da saúde, tem o desafio de administrar um orçamento insuficiente para o custeio das necessidades de investimento. O novo desenho político-institucional dá ênfase à descentralização política-administrativa dos serviços para os municípios com a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, e a participação através dos Conselhos de Saúde. As relações entre as esferas governamentais, realizadas através dos Conselhos de Saúde e de novos espaços institucionais que foram abertos com as chamadas Comissões Intergestores: uma no âmbito federal Tripartite e, outra no âmbito de cada Unidade da Federação, chamada Bipartite; estes conselhos multiplicaram-se em todo país (CARVALHO, 1999).

O SUS propõe a saúde de forma Integral, ou seja, difere do modelo anterior que dissociava as ações preventivas das ações curativas. Este modelo vincula a

saúde à implementação de políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e outros agravos. A universalização do acesso deve ser estabelecida em todos os níveis de assistência. Os marcos do período são os atos normativos do SUS, as NOBs (Norma Operacional Básica do SUS), especificamente a NOB-SUS 91, a NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96.

Embora o SUS estabeleça a universalidade no atendimento aos usuários do sistema, o acesso é demorado e com diversas deficiências, especialmente se analisarmos no âmbito regional. Um aspecto muito importante que deu origem ao recorte de pesquisa é o caráter individualista de atuação das organizações hospitalares do Vale do Rio Pardo, contrapondo as premissas públicas de atuação em redes ou que habitualmente são utilizadas nos países com a Inglaterra, Canadá etc. O Estado, Corede e o Sindicato, quando se referem aos hospitais da região do Vale do Rio Pardo, apresentam grupos diferentes de hospitais, embora todos estejam fazendo referência à mesma unidade territorial. Esta falta de continuidade confunde as referências assistenciais, dificulta a formação de redes, enfraquecem os vínculos institucionais e provocam excessos de investimentos, devido à concorrência que acaba ocorrendo entre as organizações.

Santos (1999) quando se refere ao desenvolvimento, na perspectiva territorial, coloca que devemos estar atentos ao território como um todo, compreender a sua dinâmica e a sua diversidade, e a partir daí, analisarmos as possíveis estratégias de promoção de desenvolvimento regional sustentável. Neste sentido o sindicato dos hospitais representa uma expressão de sua territorialidade, onde as organizações começam a fortalecer seus vínculos institucionais na tentativa de acharem alternativas para ter mais força em suas reivindicação com o Estado, Convênios etc. Estas inter-relações propiciam a socialização de informações, para discutirem dificuldades e acharem alternativas.

Os hospitais do Vale do Rio Pardo possuem mil e trezentos leitos aproximadamente, sendo que deste total normalmente 60% são oferecidos para SUS, pois todos são hospitais filantrópicos; ou seja, sem fins lucrativos. O desenvolvimento destas organizações é a garantia de que seus munícipes não precisarão deslocar-se aos grandes centros em busca de atendimento, o que seria extremamente difícil para a maioria dos pacientes, especialmente os de baixa renda.



Embora a responsabilidade constitucional de oferecer atendimento médico de qualidade e zelar pela saúde de todos seja esfera do setor público, este não consegue atender a todos indistintamente (PAIM et al., 2000). As organizações hospitalares, especialmente as filantrópicas, tentam dentro de sua missão minimizar esta deficiência. O problema é que a necessidade é maior que as possibilidades nos atendimentos de suas comunidades e região. Segundo Teixeira (2008, p. 34), o Brasil possui uma legislação de primeiro mundo no tocante à saúde. Contudo, seu orçamento financeiro é de terceiro mundo, o que provoca os intermináveis conflitos entre governantes e gestores hospitalares. Os hospitais filantrópicos, cumprindo as normas da filantropia, disponibilizam 60% dos seus serviços para o SUS e buscam com o restante da sua capacidade instalada pagar déficit do atendimento SUS e adequar-se às exigências do mercado.

A realidade da atividade hospitalar não é um tema que seja atrativo para boa parte das pessoas, mas problemas de saúde, são realidades que em vários momentos da vida iremos nos defrontar; nós ou nossos familiares, momentos em que teremos que depender de uma estrutura de tratamentos curativos. Para esses momentos, imaginasse que existirá um local pronto para nos atender, com os melhores profissionais, a mais avançada das tecnologias, com total disposição a contribuir para nossa debilidade física. No momento de total vulnerabilidade e dependência, de pessoas tão estranhas, descobre-se as falhas do sistema de saúde e a fragilidade das instituições no atendimento as nossas expectativas, deficiências que podem ser decisivas no salvamento de vidas (RIVERA, 2003).

Os hospitais são instituições com características próprias que trabalham com momentos extremos dos sentimentos humanos, onde a emoção em muitas vezes sobrepõe-se a razão e a técnica, interferindo nas condutas, médica, de enfermagem, administrativa etc. Não possui um padrão, que possa ser replicado para todos os pacientes, em cada situação é preciso buscar alternativas diferentes e criativas na superação de suas dificuldades, sejam locais ou regionais. Estas práticas, são ciência própria, validada pelas experiências para driblarem suas adversidades, a qual está oculta aos meios universitários (GONÇALVES, 2006).

O presente estudo aborda a dinâmica de redes hospitalares e as práticas utilizadas pelos seus gestores que se assemelham a este processo. O objetivo principal dessa dissertação é identificar aspectos estratégicos da gestão hospitalar,

envolvendo a regionalização, os benefícios das redes organizacionais na gestão, especialmente com o Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo (SINDHVARP) no ano de 2010, sejam estes fatores internos ou externos ao estabelecimento. Secundariamente, este estudo tenta entender até que ponto as melhores práticas sugeridas na literatura sobre estratégias e tecnologias de gestão são relevantes para o sucesso destes estabelecimentos.

A metodologia utilizada neste estudo baseou-se em revisão bibliográfica e estudo de casos múltiplos, utilizando questionários semi-estruturados e entrevistas abertas (YIN, 2001). Em função do objetivo principal deste estudo, para se escolher a metodologia de pesquisa, alguns aspectos importantes precisam ser analisados. De acordo com Creswell (2003), existem algumas razões que justificam a escolha de uma tipologia qualitativa de pesquisa. Entre eles, podemos citar a natureza da questão (perguntas iniciadas por *como*, *o que*, *qual*), a necessidade de exploração do assunto estudado (por escassez de referências anteriores) e a necessidade de proporcionar uma visão detalhada do tópico de estudo. Por entender que este estudo se enquadra nos critérios acima mencionados, a tipologia escolhida para a pesquisa foi à qualitativa.

Seguindo a orientação de Yin (2001), descartamos inicialmente o método de experimento já que seria impossível criar um “hospital experimental” para manipularmos seu comportamento e verificarmos os resultados. Para escolher entre os métodos de levantamento, análise de arquivos e estudo de caso, foi necessária uma análise mais detalhada da questão de pesquisa. Apesar da questão de pesquisa iniciar com a palavra “quais”, na verdade o que se pretende entender é como e porque um hospital é bem sucedido atualmente. Segundo Yin (2001), questões iniciadas com as palavras *como* e *porque* normalmente lidam com ligações operacionais que necessitam serem traçadas ao longo do tempo, em vez de serem encaradas como meras repetições ou incidências e o estudo de caso seria a alternativa mais indicada para respondê-las. Creswell (1998), por sua vez, afirma que, quando o foco do estudo é desenvolver uma análise profunda de um caso único ou de múltiplos casos, o estudo de caso é o método mais indicado. Por todas estas razões, foram descartadas as estratégias de levantamento e análise de arquivos, foi escolhido o estudo de caso como metodologia para esta pesquisa.

Para que a pesquisa possa ser orientada de forma mais eficiente, temos a proposição que muitos dos fatores críticos de sucesso na gestão hospitalar estariam relacionados aos desafios enfrentados pelos hospitais atualmente, às estratégias adotadas, às tecnologias de gestão empregadas e a falta de ordenamento regional. Assim sendo, foi feita uma revisão da literatura sobre estes temas para dar subsídio teórico à pesquisa de campo. Em função da principal questão de pesquisa e da proposição acima, a unidade de análise escolhida serão os hospitais filantrópicos filiados ao sindicato do Vale do Rio Pardo, uma vez que, se fossem escolhidas, por porte a nível estadual, talvez não fosse possível entender os fatores relacionados a gestão da organização como um todo. Destaca-se ainda que, embora muitos estudos sobre redes organizacionais, tecnologias de gestão e gestão hospitalar já tenham sido desenvolvidos, pouca literatura existe sobre este tema aplicados à rede hospitalares, principalmente de forma interdisciplinar. Consequentemente, este trabalho irá se deparar com a busca de algo ainda não determinado e sem referenciais teóricos detalhados. Diante do exposto, segundo os conceitos apresentados por Vergara (1998), esta pesquisa pode ser classificada como descritiva e exploratória quanto aos seus fins. Pode ser considerada também uma pesquisa aplicada, já que sugere uma forma de financiamento ser aplicado nos hospitais.

Assim, o primeiro capítulo analisa as organizações hospitalares, sua origem e aspectos históricos de seu surgimento no Brasil e no mundo, as principais funções que deram origem às instituições, tipos, classificação dos hospitais e como estão distribuídos no Rio Grande do Sul em comparação ao restante do Brasil.

O segundo capítulo aborda o processo de regionalização da assistência hospitalar do Vale do Rio Pardo, os problemas decorrentes para organização na assistência hospitalar, principalmente para os usuários, como são formadas as redes de atendimento hospitalar na região e as dinâmicas propostas pelos Coredes, Coordenadorias de Saúde do Rio Grande do Sul e Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos, Filantrópicos do Vale do Rio Pardo (SINDHVARP). O objetivo é tentar compreender o processo de regionalização, motivado por estas três instituições, analisando os pontos fortes e fracos.

No terceiro capítulo apresentam-se as dinâmicas utilizadas nas redes organizacionais, alguns de seus benefícios aos seus participantes, especialmente

para os hospitais que fazem parte do Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo (SINDHVARP), para compreender a prática vivenciada por seus gestores com a formação do sindicato, à luz dos pressupostos teóricos e interpretativos preconizados nas redes organizacionais.

Por fim, no quarto capítulo apresenta-se o relato dos gestores hospitalares, sobre os principais problemas atuais das instituições, os benefícios em participar do sindicato, o processo de regionalização, assim como as possibilidades de aplicar as dinâmicas de redes organizacionais nos hospitais, na visão dos gestores e de profissionais da área. Na sequência, finalizando o estudo são apresentadas as considerações finais.

## 1 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Neste capítulo, aborda as organizações hospitalares, sua origem e aspectos históricos de seu surgimento no mundo e no Brasil, para qual função estas instituições foram criadas, como ocorreu o movimento das misericórdias, tipos de hospitais e dados estatísticos sobre como estão estruturados estes serviços no Rio Grande do Sul em comparação ao restante do Brasil.

Segundo Machado (1978), as organizações hospitalares tiveram sua origem no espírito de segregar a presença incômoda dos doentes. O objetivo era retirar de seu convívio aquelas pessoas que provocavam desconfortos na sociedade. Esta é uma história que em cada tempo, em cada localidade, apresenta evoluções diferentes, de acordo com as peculiaridades locais e regionais.

A origem e a história dos hospitais apresentam algumas divergências, quanto às formas de constituição, quem foram seus fundadores e benfeitores. Foi o momento em que cada comunidade sentiu a necessidade de ter o seu próprio hospital e soube articular o meio para tê-lo. A origem é uma parte coadjuvante no processo de desenvolvimento dos povos e das comunidades, que objetivavam a melhoria da qualidade de vida de sua população. Foram as alternativas possíveis para enfrentar as doenças que afetaram a humanidade ao longo da história, com soluções profissionais ou leigas, buscavam práticas ou técnicas que minimizassem os sofrimentos de seus doentes e a cura de seus males (ANTUNES, 1991).

Por diversos países, foi difundido o termo “hospital” e “hospedale” que surgiram do primitivo latim. No início da era cristã, a terminologia mais utilizada relacionava-se com o grego e o latim, sendo que *hospital* tem hoje a mesma concepção de *nosocomium*, lugar dos doentes, asilo dos enfermos e *nosodochium*, que significa recepção de doentes. A forma como foram constituídas as organizações, são próprias de cada local, mas o espírito que deu origem à palavra hospital do latim *hospitalis*, que significa “*ser hospitaleiro*”, acolhedor, adjetivo derivado de hospes, que se refere a hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, aquele que dá agasalho, que hospeda, ou seja, tinha como objetivo acolher as pessoas que eram discriminadas por seus enfermos (CHERUBIN E SANTOS, 1997).

Na Índia e no Egito antigo, encontram-se vestígios de hospitais, embora revestidos de muita precariedade. A literatura Indu revela que, seis séculos antes de Cristo, o príncipe Gautama estabeleceu que houvesse um médico para cada dez vilas e construiu hospitais para: os tosquidores, pobres, para seu filho Upatise. Também mandou edificar abrigos para doentes e grávidas. No Egito, embora não apareça claramente a existência de verdadeiros hospitais, a medicina era muito desenvolvida. Os médicos do Egito foram provavelmente, os primeiros a utilizar drogas, como a <sup>1</sup>pedra hume, a pimenta hortelã, o óleo de rícino e o ópio. Eram também muito adiantados nas técnicas para a preservação de cadáveres, deixando uma quantidade de múmias, que existem em numerosos lugares do mundo, procedentes do Egito. Um dos Hospitais egípcios que pode ser identificado é o do templo de Saturno, onde a cura era procurada só pela fé (ANTUNES, 1991).

Segundo Cherubin et al (1997), no antigo império grego e romano, os templos eram também utilizados como hospitais. As técnicas utilizadas não eram exatamente iguais às dos hospitais de hoje, era uma mistura clara entre a medicina, o misticismo e a superstição. Para os gregos e romanos, as serpentes eram sagradas, investidas de poderes mágicos e desempenhavam papel muito importante na cura das doenças. As línguas das serpentes eram utilizadas pelos médicos para cicatrizar úlceras.

Os templos gregos podem ser considerados os precursores dos hospitais modernos, porquanto os doentes encontravam neles todo tipo de abrigo. Nesses, a assistência aos doentes era corporal e espiritual. Os medicamentos prescritos eram o sal, o mel e a água benta na primavera. Para acelerar a cura, eram dados banhos quentes e frios. Os ginásios, que abrigavam centenas de pessoas, eram utilizados como locais de terapia, além de divertimento. Importante eram também os banhos de sol, a frequência a lugares de muito ar puro e as praias. Também eram feitos anotações nas colunas do templo, com os nomes dos doentes, um breve histórico de cada caso e as causas da cura ou não, ou seja, o primeiro prontuário médico.

No templo, os sacerdotes realizavam a liturgia e exerciam ao mesmo tempo a medicina. Mais tarde essas duas atividades se separaram, surgindo à profissionalização para cura das doenças. Um dos grandes méritos dos templos hospitais foi a sua evolução, ao transformar-se em ambientes de ensino para a

---

<sup>1</sup> Pedra hume - Composta de sulfato de alumínio e potássio, usada como cicatrizante.

preparação de médicos não-sacerdotes. Desta forma devolve-se à atividade de cura seu verdadeiro sentido, qual seja o de que a doença é uma contingência natural e é através de meios naturais que deve ser curada.

A assistência Hospitalar chegou a Roma no século V antes de Cristo. Além de ser aperfeiçoada na arte de curar, diversificou muito o atendimento. A assistência prestada pelos romanos nos templos, copiou com perfeição o modelo grego. O primeiro templo foi edificado na Ilha de Tiberina, no ano de 461 antes de Cristo, onde os doentes eram acomodados em <sup>2</sup>liteiras, ao redor da estátua desse deus. Devido à natureza dessa atividade que hoje chamaríamos de filantrópica, surgiram no Império Romano, numerosos templos com essas características. Eram na verdade refúgios, sobretudo para aqueles doentes que não podiam pagar a assistência (ANTUNES, 1991).

Segundo Antunes (1991), na Idade Média com o advento do cristianismo, este traz uma visão humanística, alterando a organização social e as responsabilidades do indivíduo: desenvolve-se mais rapidamente o conceito de serviços gerais de assistência aos menos favorecidos e aos enfermos, idosos, órfãos, viúvas, da mesma forma que aos viajantes e peregrinos, sustentados pela contribuição dos cristãos, desde os tempos apostólicos. Os três primeiros séculos foram marcados pelas perseguições à nova religião, mas também pela sua difusão pela Ásia Menor, Europa e África do Norte, acompanhada do atendimento aos necessitados e doentes.

A caridade era palavra de ordem dos cristãos, multiplicando-se posteriormente, em grandes centros culturais, como Cesaréia, Antióquia e Alexandria. São Basílio construiu um dos primeiros e principais *nosocomium* junto ao convento inaugurado no ano 369, em Cesaréia (na Capadócia), que se tornou um complexo grande, com vários edifícios, escolas técnicas, manufaturas, residências para diáconos e diaconisas da ordem *Parabolani*, que trabalhavam com os doentes, com locais separados para leprosos, que acabou se tornando especialidade dos religiosos influenciados por Basílio. Durante o longo reinado de Justiniano, as obras assistenciais se difundiram. As instituições hospitalares tiveram início com um decreto do Imperador Constantino, durante o Concílio de Nicéia, em 335. Este

---

<sup>2</sup> Liteiras – As liteiras eram cadeiras cobertas, conduzidas por dois homens ou animais de carga (ANTUNES, 1991).

preconizou que, em cada cidade, houvesse um local para acolher os peregrinos, doentes e pobres. Na mesma época, em Constantinopla, surgiram também, vários hospitais cristãos (CORREIA, 1944).

Para Correa (1944), os muçulmanos também tiveram sempre grande preocupação com os hospitais, a medicina e a cultura. No ano de 707, o Califa El Welid fundou um hospital em Damasco. Harum al Rashid (786 – 801) ordenou que cada mesquita tivesse um hospital anexo. Além da construção de um grande número de hospitais, foram os árabes que iniciaram a utilizar a anestesia nas cirurgias. Introduziram, inclusive, normas para preservação dos medicamentos, além de terem descobertos vários medicamentos novos.

As divergências sociais e os conflitos também obrigaram a existência de cuidados especiais especialmente nos tempos de guerra. Segundo Cherubin et al (1997), os hospitais militares são descritos pelos historiadores como um dos mais antigos, o autor lembra que quando Moisés, no livro de Deuteronômio, fixou regras excelentes para a manutenção da higiene dos militares, começa dar as primeiras regras destas organizações, isto há dezesseis séculos antes de Cristo. Muitas dessas organizações representaram não só um elemento diferencial às nações que se organizavam para terem seus hospitais nos períodos de guerra, mas também era uma oportunidade para o desenvolvimento, das práticas médicas, frente às grandes necessidades e desafios impostos nos períodos de guerra.

Segundo Cherubin et al (1997), o período do século X até a metade do século XIV, foi marcado por algumas iniciativas importantes, entre as quais o surgimento de Ordens religiosas hospitalinas da Igreja Católica, o fenômeno das Cruzadas e a fundação de hospitais por parte de órgãos governamentais. Esse período foi marcado com a universalização da assistência hospitalar, com o desenvolvimento acelerado dos hospitais em numerosos países do mundo, propiciando também o aparecimento de abusos de todo tipo que denegriram expressivamente a imagem de uma atividade que sempre havia sido considerada como intocável. A igreja Católica tomou a dianteira no desenvolvimento da assistência hospitalar nesse período, embora encarasse essa atividade mais sob o aspecto eclesiástico do que médico. Havia uma grande preocupação de que as pessoas não fossem violadas com certos métodos de cura que não tinham comprovação científica em seus métodos.



Na Idade Média também ocorrem fatos que foram denominados pelos historiadores como a Idade Negra dos hospitais, principalmente pela impossibilidade de oferecer atendimento adequado, a numerosa quantidade de pessoas que buscavam os serviços e que eram aceitas, mas não existia estrutura para o correto atendimento, sendo em muitas situações depósitos de pessoas doentes. Uma mudança significativa, na prática da medicina, que afetou muito o comportamento dos hospitais por vários anos, foi um decreto da Igreja Católica, de 1163, que pedia ao clero que proibisse as cirurgias, quando houvesse derramamento de sangue. Os monges e o clero eram os únicos, nessa época, que podiam educar. A atividade médica ficou muito limitada, em consequência, as cirurgias foram feitas por profissionais despreparados (CHERUBIN E SANTOS, 1997).

Os séculos XV e XVI são chamados de Renascença pela liberalização e universalização da assistência Hospitalar. O hospital foi sendo considerado como um bem comunitário indispensável e um serviço por excelência. Nesse período é que começam o envolvimento dos Municípios, Estados e os Países. O hospital foi considerado até o século XX, como o estabelecimento básico e primordial para a recuperação da saúde. Foi a partir dessa época que, tanto os profissionais, quanto os equipamentos, instalações e produtos, elegeram o hospital como o centro da sua atuação. A municipalização da assistência hospitalar foi muito incrementada neste período, substituindo os moldes anteriores. As instituições religiosas continuavam contribuindo decisivamente para a transformação do hospital num estabelecimento de desempenho profissional, técnico, educacional e, sobretudo, assistencial muito acentuado (CHERUBIN E SANTOS 1997).

Segundo Cherubin et al. (1997) neste período, a assistência hospitalar teve grande progresso com a formação de grupos de hospitais da Inglaterra, França, Alemanha e Itália. Um bom exemplo foi com São Camilo de Lellis que percebeu que os doentes eram tratados como objetos e não como pessoas. As organizações e os profissionais que neles atuavam, agiam de forma absolutamente técnica, cuidando da doença e esquecendo-se do doente. Ao assumir a função de administrador, estabeleceu regras básicas para nortear o atendimento da instituição, tendo quatro elementos básicos que deveriam ser observados:

1) O doente é a razão de ser do hospital. Deve ser sempre o centro das preocupações de todos os que trabalham no mesmo. O serviço prestado ao doente deve servir como instrumento para o aprimoramento da arte de curar e de servir.

2) A entidade mantenedora deve encarar a atividade do hospital como missão, procurando consagrar-se a mesma a desenvolver todos os esforços no sentido de que o hospital tenha todas as facilidades para prestar um serviço de qualidade.

3) O hospital é uma instituição comunitária por excelência. O serviço que ele desenvolve deve ser como se fosse por delegação da mesma. O envolvimento com a comunidade deve ser o mais amplo possível, tanto para propiciar ao hospital um bom desempenho, quanto para permitir que a comunidade receba um padrão de assistência que é levada a efeito pelo mesmo.

4) O hospital deve ter a preocupação constante de transformar-se num centro de ensino, tanto para os profissionais quanto para os servidores em geral.

Para dar continuidade à sua obra e para que seus ideais fossem difundidos no mundo, Camilo de Lellis fundou uma Ordem religiosa que em 1584, chamou de Ministros dos Enfermos e se popularizou como Camilianos. As instituições Camilianas estão presentes em todos os continentes do mundo.

### **1.1 A participação do movimento das Misericórdias na prestação dos serviços hospitalares**

Outro movimento importante na assistência hospitalar na Idade Média foi o das Misericórdias que tinha como objetivo o de dar amparo às pessoas com dificuldades. Foi fundado em Florença, na Itália, por iniciativa de Pedro di Luca Borsi e se espalhou rapidamente pelo mundo. No final do século XV havia países da Europa com centenas de Misericórdias. Só na Itália, chegaram a 435, com milhares de voluntários. Funcionavam como uma espécie de fundação, com uma diversidade muito grande de atividades, como a coleta de sangue para os hospitais, o transporte de doentes aos hospitais ou de um hospital para outro, a distribuição de alimentos aos pobres, a acolhida aos que viajavam e a assistência aos doentes no domicílio.

Ao se multiplicarem, as Misericórdias assumiram a conotação da prestação de um serviço público. Muitas das atividades que desenvolviam eram de responsabilidade do Estado. Por causa disso, vários municípios absorveram essas atividades, esvaziando as Misericórdias, que permaneceram apenas com a assistência à saúde. Em 1490, as misericórdias conseguiram o reconhecimento oficial da sua existência através da aprovação dos Estatutos Sociais pelo Estado (CORREIA, 1944).

A palavra misericórdia foi copiada da designação dada às instituições que se inspiraram na fundação de Florença, na Itália. Um grupo de hospitais que teve início neste período, espalhou-se pelo mundo e mantém ainda hoje muita expressão e influência na assistência hospitalar em vários países com a denominação de Santas Casas de Misericórdia. Como ocorreu em Florença, também na corte de Portugal surgiram movimentos para o desenvolvimento de obras de misericórdia, embora sem estatuto específico e, portanto, sem amparo legal. A fundadora das misericórdias Portuguesas foi Leonor de Lencastre, que motivou outras iniciativas como a de D. João II, que para amenizar os problemas das pestes, lançaram os alicerces do Hospital de todos os Santos, em Lisboa, no ano de 1492, com objetivo de centralizar a assistência que era prestada pelos 43 hospitais espalhados pela cidade (CORREIA, 1944).

A estratégia com a criação destas organizações era fazer uma reforma sanitária e de centralização num único hospital que deveria ser de grande porte. Foi assim que surgiram as Misericórdias do Porto e Barcelos. Em 1514 a reforma sanitária foi concluída pela promulgação do Regulamento das Capelas e Hospitais. O governo reconheceu a essas Misericórdias personalidade jurídica de ordem moral e religiosa e os serviços de assistência deveriam ser dirigidos por associações de leigos. As Misericórdias representaram nessa época uma importante unidade local de assistência à saúde e também por terem sido escolhidas como depositárias de bens econômicos de muita expressão, mercê de heranças que receberam. As Santas Casas de Misericórdia também foram trazidas para o Brasil, onde tiveram grande expressão (CORREIA, 1944).

Os hospitais no Brasil surgiram logo após sua descoberta pelos portugueses e seguiram a filosofia e a forma de assistência típica das Santas Casas de Misericórdia de Portugal. A primeira Santa Casa foi instalada no ano de 1543 em Santos, no litoral do atual Estado de São Paulo. Foi erigida antes da construção da

vila do Porto de Santos e chamada pelos historiadores de Casa de Deus para os homens e Porta Aberta ao mar. Foram muitas as Santas Casas que surgiram em diversos estados brasileiros no primeiro século. Essas instituições preenchiam um espaço ou cumpriam uma função muito mais de saneadora da sociedade, no sentido de retirar de seu convívio indivíduos que contrariavam sua ordenação, do que propriamente a função terapêutica que se reconhece nos dias de hoje (MACHADO, 1978).

Foi a partir do século XVII que começaram a surgir, no Brasil, as Reais e Beneméritas Sociedades Portuguesas de Beneficência, por iniciativa da colônia portuguesa e se espalharam por todo o país, sob a forma de entidades filantrópicas, com o objetivo de dar assistência aos membros da colônia que aderissem. Hoje atendem a toda a comunidade. Os imigrantes de outras nações fundaram também seus hospitais, surgindo os hospitais italianos, japoneses, alemães, sírios, israelitas, espanhóis e ingleses. Atualmente são hospitais gerais filantrópicos que atendem a todas as pessoas.

Os missionários religiosos, tanto católicos como protestantes, construíram centenas de hospitais. Poucos permaneceram confessionais, quase que na totalidade fazem parte do grupo de hospitais filantrópicos e atendem sem distinção. No início do século XX, surgiram os hospitais lucrativos, de propriedade de médicos, espalhando-se em todos os estados e tornando-se mais numerosos que os demais hospitais. A partir do ano 1960 começaram a surgir os hospitais próprios da medicina de grupo, envolvendo tanto os grupos médicos quanto as cooperativas médicas, que atualmente possuem uma parcela expressiva na assistência hospitalar (ANTUNES, 1991).

## **1.2 Aspectos históricos da assistência hospitalar no Brasil**

Segundo Antunes (1991), a assistência hospitalar sempre teve a cooperação da população para sua manutenção e expansão. A cobertura dos serviços hospitalares teve três fases bem distintas neste período, conforme segue:

- Até 1930 os serviços eram prestados às pessoas sem que elas pudessem exigir por direito, a não ser que pagassem.

- A partir de 1930, com o advento dos institutos de previdência, parcela muito expressiva da população passou a gozar do direito da assistência gratuita. Os beneficiários eram os previdenciários urbanos. Com a unificação dos institutos de previdência em 1966, a assistência prestada chegou a cobrir mais de 50% da população brasileira. Em 1984 foi criado o Funrural para dar cobertura de 30% da população que morava no campo. Os indigentes continuavam sendo atendidos pelas Santas Casas e os Hospitais Filantrópicos.

- Com a reforma da Constituição Federal em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, toda a população brasileira passou a ter direito à assistência hospitalar gratuitamente.

Para Cherubin et al. (1997), com o aperfeiçoamento hospitalar, o homem descobriu, também, que o estado de saúde do indivíduo é um dos elementos primordiais para sua plena realização. Oferecendo mais segurança no momento do nascimento, assim como contribuindo para o aumento sempre maior da expectativa de vida. A trajetória dos hospitais assumiu contornos muito mais aperfeiçoados, quando os povos reconheceram que sua existência na comunidade era um direito inerente à cidadania do indivíduo e um dever do Estado.

O conceito mais contemporâneo de hospital decorre da própria definição de saúde que o hospital procura manter como sua finalidade primeira. Ministério da Saúde conceitua as organizações hospitalares, como aquelas que têm por base a ação de um serviço médico (ambulatório, postos de assistência geral, prestadas pelos hospitais gerais e especializados). Também define como parte integrante de uma organização médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, como centro de educação, capacidade de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a eles vinculados.

De acordo com o Decreto número 37.773, do dia 18 de agosto de 1955, publicado no Diário Oficial da União de 22 de agosto de 1955, ficou definido na lei Orgânica da Assistência Médica-Hospitalar que “Hospital é a instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitem de Assistência Médica a cuidados constantes de enfermagem”. A organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório de nº122 de 1967, define:

O hospital é um elemento de Organização de Caráter Médico-Social, cuja função consiste em assegurar Assistência Médica completa, curativa e preventiva à determinada população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio. É um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

O hospital é uma entidade que tem o comprometimento com a população não só em seu aspecto sanitário curativo e preventivo, mas também em seu aspecto social. Ele se envolve com o homem, em seu meio social familiar e social de relacionamento, devendo procurar as causas do desconforto de sua clientela, investigando nos casos dos males orgânicos e psíquicos, procurando trazer através da pesquisa científica, a solução dos problemas de saúde que afligem a sociedade em que ele está instalado, e de uma maneira mais abrangente, levar os resultados de suas descobertas a todos os continentes do planeta na busca incessante de promover o ser humano (OLIVA E BORBA, 2004).

Lisboa (2002), aponta a função primordial dos hospitais com o cuidar de doentes, proporcionando-lhes assistência preventiva ou curativa, restabelecendo a sua saúde, minorando o sofrimento ou ajudando-lhes a viver com qualidade de vida, por meio de ações multidisciplinares que desenvolvem em suas dependências e de acordo com a sua resolatividade e capacidade instalada.

### 1.3 Funções do Hospital

Segundo Cherubin et al. (1997), são muitas as funções atribuídas a um hospital que ao longo de suas histórias vem passando por modificações e tomando uma postura de assistencialista com base espiritual e profissionalizando suas atividades. A Comissão de Especialista da Organização Mundial de Saúde responsável por elaborar o informe técnico número 122, fixou as funções como sendo prevenir e restaurar as doenças, assim como executar funções educativas e de promover pesquisas.

**a) PREVENIR A DOENÇA** – A Organização Mundial Saúde define como a função mais importante do hospital. Independentemente de porte, localização ou grau hierárquico, o objetivo de um hospital deve ser sempre a manutenção da saúde das pessoas. Todas as disponibilidades humanas, tecnológicas e sua capacidade

instalada para cumprir essa função (CHERUBIN E SANTOS, 1997). São várias as atividades que podem ser desenvolvidas na prevenção conforme os técnicos do OMS:

- supervisão e acompanhamento da gravidez e do nascimento;
- supervisão e acompanhamento da normalidade do crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes;
- programas de vacinação como prevenção de moléstias infecto-contagiosas, febres reumáticas e as doenças venéreas;
- capacitar a população no que concerne à alimentação, tratamento da água, higiene do trabalho, saneamento ambiental e doenças profissionais;
- capacitação dos profissionais especialmente aqueles que trabalham em hospitais com doenças crônicas e de longa permanência. Motivando a conscientização com troca mútua de informações e experiência entre os colaboradores etc.

Para Cherubin et al. (1997), são muitas as possibilidades geradas na atividade hospitalar para a função de prevenir a doença, pela multiplicidade de profissionais que atuam nestas organizações e que poderiam articular ações ambulatoriais ou com estratégias externas de prevenção. Com isso, haveria uma redução do número de pacientes internados, minimizando o custo da assistência à saúde. Para que o hospital possa exercer, completamente e facilmente, a atividade preventiva, deve dispor de um ambulatório. As comissões técnicas da Organização Mundial de Saúde, desde 1957, já defendiam a tese de que deveria fazer parte de qualquer hospital geral, uma unidade para assistência a pacientes não internados. O ambulatório deveria ser o elo entre o hospital e a comunidade, sendo para boa parte das pessoas, a primeira forma de contato com a instituição, ou seja, a porta de entrada para maioria dos pacientes.

**b) RESTAURAÇÃO DA SAÚDE** – Esta é, sem dúvida, a função mais solicitada pela comunidade. Até pouco tempo, todas as atividades do hospital concentravam-se exclusivamente nesta função, relegando a outras o papel de colocarem em prática as demais atribuições que envolvem a assistência da saúde em geral.

A restauração da saúde é feita através da realização de duas atividades principais: diagnóstico e tratamento. Se essas forem executadas com eficiência e eficácia, o hospital se transforma num dos instrumentos mais benéficos na promoção da saúde. A tarefa do hospital no desempenho dessa sua função será muito facilitada se realizar o diagnóstico e a cura da forma mais precoce possível (LONDOÑO, MORERA E LAVERDE 2003).

O diagnóstico é realizado tanto nos internados, quanto nas pessoas que ainda não necessitaram dessa providência, mas como prevenção. Com isto, muitas doenças pela precocidade de sua detecção, tornam as curas mais rápidas, fáceis e baratas. Para isso, são necessárias condições mínimas, envolvendo laboratório clínico e o realizado por imagem, como raios-x, tomografia, mamografia, etc. A radiologia oferece uma série de opções para o hospital que tiver condições, porte e quantidades suficientes de pessoas para atender. A linha de equipamentos para diagnóstico com imagem vai do raio-x portátil à ressonância magnética.

Para Mezomo (1995), atualmente ainda são realizados com pacientes internados procedimentos que poderiam ser externos, especialmente os serviços de hemoterapia, pacientes com doenças crônicas etc. A tendência é internar apenas os procedimentos que efetivamente precisem da estrutura hospitalar, como é o caso das cirurgias de média e alta complexidade e que precisariam de suporte das unidades de tratamento intensivo, etc. As organizações atuais estão trabalhando na humanização. A preocupação é com o conforto, o objetivo é que arquitetura hospitalar se assemelhe ao máximo possível com as casas dos pacientes. As reabilitações sociais, profissionais são também alvo do trabalho dos hospitais, que junto com as demais é denominada de reabilitação global do paciente. Estes trabalhos são disponibilizados por equipes multiprofissionais, formadas por: médico, enfermeiro, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.

Segundo Londoño et al. (2003), com o aumento da complexidade prestada pelo serviço hospitalar, são necessários mais recursos humanos e tecnológicos de apoio, formados por: serviços de esterilização, higienização, lavanderia, nutrição, manutenção, compras, farmácias, etc. Para dar conta da atividade hospitalar, são formados grandes complexos, que precisam interagir de forma integrada com os objetivos e as necessidades assistências.



**c) EXERCER FUNÇÕES EDUCATIVAS** – Com a evolução da ciência a atividade torna-se diariamente mais complexa, exigindo uma preparação permanente dos profissionais da saúde, para conseguirem utilizar adequadamente os recursos disponíveis, que fazem com que o hospital se torne sempre mais eficiente, melhorando sua capacidade resolutiva. Segundo Cherubin et al (1997), todos os hospitais deviriam ser centros docentes em potenciais, colocando seus serviços à disposição da formação dos profissionais da saúde de todas as categorias. Tanto as Unidades de Internação, como os serviços de Apoio, Administrativos, Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento, o Ambulatório e o Pronto-Socorro, deveriam ostentar sempre condições de receber preceptores e estagiários para a prática profissional.

A função educativa também é reforçada por Misrhawka (1994) que para bem exercer a atividade a maior atenção da organização precisa estar com seus recursos humanos, a formação do seu quadro funcional, utilizando estratégias que motive para educação permanente de seus técnicos, incentivando todos os funcionários a se tornarem profissionais preparados, facilitando a freqüência a cursos específicos, com biblioteca, computadores e redes de Internet, para estudos e pesquisa, manter várias possibilidades de comunicação com seus pacientes através dos serviços de atendimento aos pacientes (ouvidoria) e manter informada a comunidade através dos meios de comunicação.

**d) PROMOVER A PESQUISA** – Para poder manter e ou restaurar a saúde, prevenir a doença e exercer funções educativas, o hospital deve ser uma unidade dinâmica e manter-se continuamente atualizado, testando e aplicando constantemente as técnicas e os instrumentos mais atuais descobertos pelas ciências. Para cumprir esses objetivos, o hospital deverá desenvolver pesquisas nos campos da sua atividade ou aproveitar as que são realizadas por órgãos ou instituições especializadas.

A pesquisa como meio para chegar ao conhecimento e à aplicação de novos processos, tomou ultimamente um impulso muito expressivo e compreendendo diversos aspectos que vão desde a simples observação ou, como é chamada, de pesquisa passiva até a experimentação, ou seja, a atitude ativa do pesquisador (CHERUBIN E SANTOS, 1997).

As organizações hospitalares oferecem um vasto campo de pesquisa, seja pela peculiaridade da complexidade de sua atividade profissional, os pesquisadores podem vivenciar práticas nas áreas da medicina, enfermagem, administração, engenharia, psicologia etc.

O hospital moderno, incorporado aos sistemas integrados de saúde, comporta-se como um centro de referência, articulando às políticas gerais de uma região, faz parte do esquema geral de assistência, dentro do qual a educação da comunidade, no que refere à promoção e à prevenção da saúde, e a reabilitação são fatores essenciais. É o oposto do hospital antigo, que lidava apenas com os procedimentos diretos de tratamento englobados na recuperação da saúde, com ações isoladas, autônomas e desarticuladas de toda a responsabilidade que não envolvesse o procedimento imediato para fins de recuperação da saúde (GONÇALVES, 2006).

As atividades do hospital moderno, norteadas pela estratégia de qualidade, obedecem a padrões de investigados e comprovados nos grandes centros assistenciais de pesquisa do mundo; isto não impede que o hospital seja gerador de novas e melhores técnicas para lidar com os problemas inerentes a ele; tal atitude é confiável hoje, considerando-se a grande transcendência que se outorga à pesquisa e à avaliação sistemática de toda atividade (LONDOÑO, MORERA E LAVERDE 2003).

Para Londoño et al. (2003), o hospital acaba sendo o ponto focal das promessas mais comprometedoras do sistema de saúde por que é onde são resolvidos os problemas de maior complexidade, além de ser o meio de avaliar a eficácia do sistema de saúde como um todo. O hospital tem uma função de grande responsabilidade, os resultados de sua atividade são medidos pelo pacientes, por sua família e, por continuidade, pela comunidade. Seus usuários não aceitam erros, omissão, nem um equívoco ou uma falha no atendimento. Portanto, para exercer sua função a instituição deve estar bem focada para dispor dos recursos necessários para atender à sua população-alvo, investindo na competência dos seus profissionais e na ética para a realização dos procedimentos propostos.

## 1.4 Tipos de Organizações Hospitalares

Os hospitais no Brasil podem ser hospitais públicos, financiados pelo governo e hospitais particulares financiados por instituições privadas. Apesar de se diferenciarem pelo tipo de usuário e quantidade de capital investido ambos possuem a mesma subdivisão e podem ser: gerais ou especializados.

Os hospitais gerais, implantados em grandes cidades, são também conhecidos como hospitais regionais, pois englobam uma área de atendimento maior que as regiões metropolitanas. Fornecem o serviço de saúde para todas as áreas da medicina, além do atendimento emergencial. Atendem pacientes em todas as patologias, incluindo, necessariamente, as especialidades básicas de ginecologia e obstetrícia, de pediatria, de clínica médica e de cirurgia, podendo ter uma ou mais das demais especialidades. O hospital geral pode atender grupos etários específicos, como os hospitais infantis, ou apenas uma determinada comunidade ou categoria, como o hospital militar (GOES, 2004).

Os hospitais especializados implantados em grandes centros, são na sua grande maioria privados, de médio a pequeno porte. São especializados em uma única área da medicina. Exemplo: Hospital especializado em cabeça e pescoço, maternidades, hospitais psiquiátricos etc. (GOES, 2004).

O Ministério da Saúde com o objetivo de subsidiar os gestores na implantação das políticas de saúde, instituiu o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), através da Secretaria de Assistência a Saúde com portaria 511/2000, o cadastro é a base de todos os estabelecimentos de saúde no Brasil. No Rio Grande temos a seguinte formação, conforme a Ilustração abaixo:

<b>HOSPITAIS CADASTRADOS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>%</b>
Hospital dia	6	1,70
Hospital especializado	22	6,30
Hospital geral	321	92
<b>TOTAL DE HOSPITAIS</b>	<b>349</b>	<b>100</b>

Quadro 01 - Quantidade de hospitais cadastrados no Rio Grande do Sul

Fonte: Ministério da Saúde – CNES. Período: set/2010

Os estabelecimentos hospitalares gaúchos prestadores de serviços aos SUS são essencialmente formados por hospitais gerais, representam 92% dos hospitais cadastrados, sendo apenas 6,30% dos hospitais prestadores especializados.

Quanto à natureza administrativa, os hospitais são classificados como públicos ou privados. Os públicos são mantidos exclusivamente pelo Estado, em qualquer nível de Governo (federal, estadual ou municipal) e os privados são mantidos por recursos oriundos dos pagamentos feitos pelos seus clientes diretamente ou através de outras fontes provedoras, como seguradoras, cooperativas ou instituições filantrópicas. Geralmente os hospitais privados fazem contratos para disponibilizar uma parte de seus leitos para o Sistema Nacional de Saúde.

Os hospitais públicos são de propriedade da sociedade, representada pelo governo municipal, estadual ou federal. A maior parte de seus recursos é proveniente do orçamento público e depende da capacidade de arrecadação e da partilha definida pelos poderes executivo e legislativo. O gestor do hospital público segue orientações da política pública de saúde estabelecida pelo Conselho de Saúde, formado por representantes de três setores, são eles: os usuários, os trabalhadores e os administradores dos serviços de saúde. As metas destes representantes são de priorizar seus objetivos nas definições da atuação dos serviços de saúde, harmonizando conflitos de interesse explicitados nas dificuldades em atender a todos os anseios sociais.

Para Londoño et al. (2003) a natureza administrativa é o fator determinante que influenciam as ações dos atores nas funções. Diferentemente da liberdade de decisão do sistema privado, nos hospitais públicos o Conselho Diretivo está vinculado à Secretaria de Saúde do nível de governo correspondente. Nos municípios e estados, existem Conselhos de Saúde, com representantes da administração pública, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços, que deliberam sobre a política de saúde local. Os Conselhos de Saúde acabam exercendo influências sobre as ações dos hospitais públicos, que ficam comprometidos com as deliberações dos Conselhos.

Nos universitários, o Conselho Diretivo está vinculado à instituição de ensino à qual pertence. Como consequência, a diretoria de um hospital público é definida pelo Secretário de Saúde, ou pela autoridade correspondente, no nível de governo

em que o hospital esteja vinculado. Além da prestação da assistência médica, agregam atividades de ensino e pesquisa e, ainda, devem ser um referencial em tecnologia de ponta. Esses hospitais possuem características que incrementam seus custos em relação aos professados pelos não universitários, tais como: atividades docente-assistenciais e serviços básicos e secundários de saúde, quando sua estrutura é constituída para oferecer atividades de alta tecnologia, são tradicionalmente definidos como sendo um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, faculdade de medicina, como provedores de treinamento universitário na área da saúde. Conforme definição do Ministério de Educação (MEC), hospitais universitários são unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestar serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem também, suporte técnico necessário, aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e custos operacionais. No Brasil, os hospitais de ensino foram assim denominados pela Portaria SNES/MS nº 15, de 8 de janeiro de 1991, que estabeleceu para estas instituições o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS).

Uma importante característica dos hospitais públicos é obrigatoriedade ao cumprimento da lei 8666, seja para contratação de todos seus funcionários por concurso público, assim como toda a logística para compra de materiais, medicamento e serviços, que nos hospitais privados são decididas pela Diretoria do hospital; nos públicos, toda aquisição deve ser feita por meio de concorrência pública. Outro aspecto é que os proventos são garantidos pelo poder públicos constitutivos.

No artigo 197 da Constituição Federal de 1988 estabelece que as ações de serviços de saúde constituem uma atividade de execução direta do Poder Público, mas também coloca que pode ser através da iniciativa privada, que acaba assumindo uma importante parcela de contribuição especialmente nas atividades hospitalares.

Os hospitais privados ou particulares são organizações formadas pela integralização de patrimônio de uma pessoa física ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público. Sua Diretoria é escolhida pelo(s) seu(s) proprietário(s);

no hospital filantrópico, pelas pessoas que integram o Conselho Diretivo (Paim, 2000). Os médicos, enfermeiros, auxiliares e demais funcionários trabalham por contrato ou como autônomo, mediante seleção ou indicação. São organizações que possuem ajudas financeiras públicas, sua sobrevivência depende dos recursos oriundos dos pagamentos feitos pelos seus clientes diretamente ou através de outras fontes provedoras, como seguradoras, cooperativas ou instituições filantrópicas. Geralmente os hospitais privados fazem contratos para disponibilizar uma parte de seus leitos para o Sistema Nacional de Saúde.

Nos hospitais privados pode não existir Conselho Diretivo ou, existindo, pode ser constituído pelos proprietários ou por pessoas indicadas por ele. É comum que esse conselho, nos hospitais filantrópicos, seja formado por pessoas da própria comunidade onde eles estão localizados, que estejam interessadas em dar sua contribuição ao bom andamento das ações hospitalares.

As instituições sem finalidades lucrativas, merecem lugar de destaque na atividade socioeconômica do Brasil. Estas instituições, embora pessoas jurídicas de direito privado, colaboram de maneira com os poderes públicos, assumindo inúmeras tarefas, principalmente voltadas às áreas de assistência social, saúde e educação. A qualificação das pessoas jurídicas de direito privado, em atividades sem fins lucrativos, necessitam de adaptação estatutária para compreender os objetivos sociais e para atender os requisitos impostos pela legislação. Para tanto, não podem distribuir entre seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferido mediante o exercício de suas atividades, devendo ainda aplicar integralmente a receita excedente na consecução de seus objetivos sociais (TEIXEIRA, 2008).

Para Teixeira (2008) uma vez cumpridos os requisitos estabelecidos, o reconhecimento da imunidade/isenção, no caso das entidades sem fins lucrativos, passam a ser uma obrigação legal do poder público. Assim, o benefício fiscal somente pode ser revogado por meio de emenda constitucional que altere o respectivo dispositivo. Os requisitos para que uma instituição usufrua os benefícios da imunidade tributária, são: Aplicar, anualmente, 20% de sua receita total bruta (venda de serviços e outras receitas) em atendimentos gratuitos à população de

baixa renda ou efetuar atendimentos no mínimo 60% da capacidade operacional instalada do estabelecimento ao SUS - Sistema Único de Saúde.

Para ser caracterizada como uma entidade filantrópica beneficente de assistência social, de acordo com o Conselho Nacional de Assistência Social, deverá atuar no sentido de:

- 1) proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;
- 2) amparar crianças e adolescentes carentes;
- 3) promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências;
- 4) promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde;
- 5) promover a integração ao mercado de trabalho; e
- 6) promover o atendimento e o assessoramento aos beneficiários da Lei Orgânica da Assistência Social e a defesa e garantia dos seus direitos.

Respeitando os requisitos apresentados, as organizações hospitalares podem ser consideradas entidades filantrópicas. Como o foco de análise está centrado em uma organização com essa finalidade, na sequência faz-se uma incursão acerca do objeto e objetivo dessas entidades que integram o campo da saúde, para maior clareza das proposições.

A preferência social pelo setor não-lucrativo na assistência hospitalar, esta explicitamente evidenciada na Constituição Federal de 1988, em seu título da Ordem Social, no artigo 199 que determina:

§1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato público em convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§2º. É vedada, expressamente, a distribuição de recursos públicos para auxílio ou subvenção às instituições privadas com fins lucrativos.

As informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, através do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES), permitem visualizar as disponibilidades destas organizações no território brasileiro.

Tipo de Prestador	Norte	%	Nordeste	%	Sudeste	%	Sul	%	C.Oeste	%	Total	%
<b>Público</b>	5.133	52	22.288	48	20.652	21	9.629	21	4.717	24	62.419	28
<b>Privados e Filantrópicos</b>	4.679	48	23.831	52	78.503	79	36.947	79	14.678	76	158.638	72
<b>Total</b>	9.812	100	46.119	100	99.155	100	46.576	100	19.395	100	221.057	100

#### Quadro 02 - Estabelecimentos de saúde no território brasileiro

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.  
Período: set/2010

Conforme o CNES, atualmente no Brasil as prestações dos serviços ao SUS, pelos prestadores privados e filantrópicos estão respondendo com 72%, enquanto que os servidores públicos com 28%. Nas Regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste os sistemas privados, filantrópicos são majoritários, correspondendo com 79% e 76% dos prestadores ao SUS respectivamente.

A disponibilidade de leitos é outra informação disponibilizada pelo CNES, onde se pode observar que no Rio Grande do Sul no período de 1998 a 2008 houve algumas alterações, conforme ilustração:

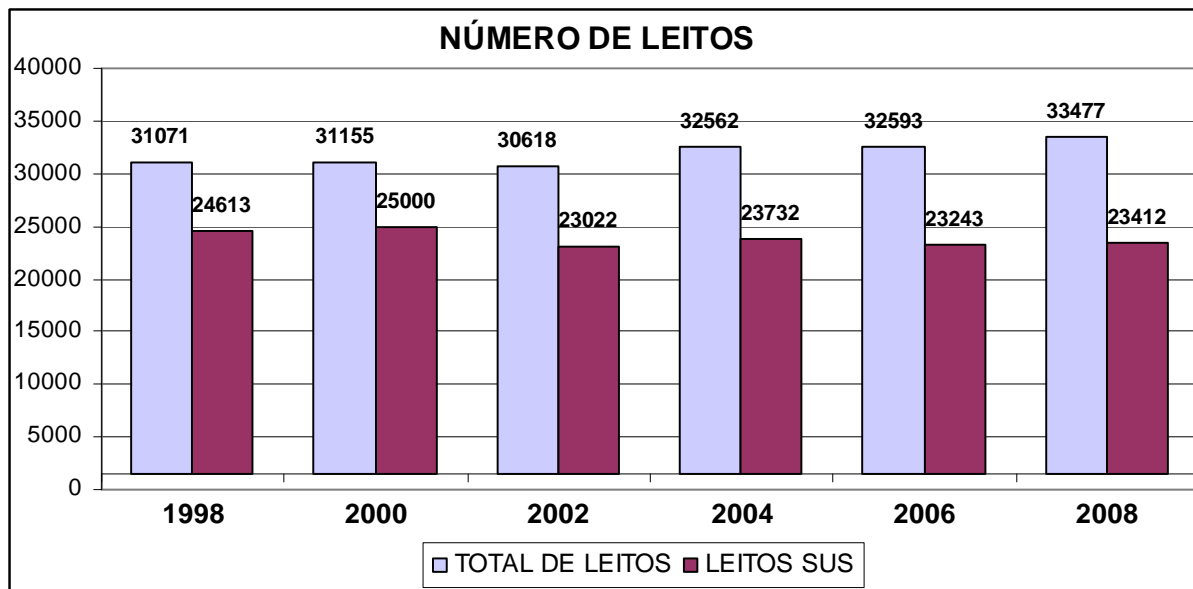


Gráfico 01 - Número de leitos totais e do SUS no RS

Fonte: CNES de 01/2009

Conforme informações do CNES, de 01/2009 o Rio Grande do Sul aumentou sua oferta total em 2.406 leitos, mas para SUS houve uma redução em 1.201 leitos



no período de 1998 a 2008. Segundo a pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2009, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o crescimento poderia ser motivo para comemorações, mas encobre uma dura realidade para quem precisa de vagas hospitalares. A expansão, na verdade, recupera muito pouco do que o Estado havia perdido no último levantamento em 2005, quando mais de 2,6 mil leitos sumiram na comparação com 2002.

No total dos leitos disponibilizados para SUS, a redução poderia ser um fenômeno previsível e até desejável se fosse decorrente de aperfeiçoamento ou melhoras expressivas nos atendimentos das redes básicas. Cada vez mais se reconhece que outros ambientes, além do hospitalar, prestam-se com elevada eficácia no desenvolvimento no que se denomina como a desospitalização (Gonçalves, 2006). São vários os exemplos utilizados como os atendimentos domiciliares, ambulatorios de diferentes naturezas, particulares de unidades e centros de saúde, onde a atividade pode ser executada de modo satisfatório. Mas para o presidente do Conselho Regional de Medicina (Cremers), Fernando Mattos, ressalta que a redução é determinante para as crises nas emergências, sempre superlotadas e em decorrência dos baixos valores pagos pelo governo nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), muitos hospitais particulares simplesmente fecharam as portas ou só atendem planos particulares. Segundo Mattos desde 1995 foram fechados cinco hospitais em Porto Alegre, sem contar os que encerraram suas atividades no Interior. Mattos (2010) os seguintes exemplos ocorridos em Porto Alegre:

- Lazarotto: 240 leitos. Fechado desde 1995;
- Ipiranga: 140 leitos. Fechado em 2001;
- Maia Filho: 70 leitos. Fechado em 2005. Está em leilão;
- Independência: 95 leitos (57 atendiam SUS). Fechado desde abril;
- Luterano: 122 leitos (convênios e particular). Fechado desde abril.

Para Borba (2006), as organizações precisam ter Planos de Ações Imediatas com medidas saneadoras apresentaram uma estratégia de gestão que não só viabilize, mas que propicie o amplo desenvolvimento organizacional. Para o autor é imprescindível equilibrar economicamente e financeiramente, as remunerações

pagas pelo SUS, que não cobrem os custos que os hospitais gastam com o paciente, fazendo com que algumas organizações deixem de atender o SUS.

Outro aspecto que contribuiu para a redução do número de leitos, foi a instituição do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, permitindo uma visão completa dos leitos em todo o território nacional, onde foram feitas revisões da capacidade instalada dos hospitais, excluindo leitos que já não se encontravam à disposição, mas que permaneciam registrados etc.

Nos leitos do SUS, a grande diminuição, além da atualização do cadastro, foi decorrente da lei da Reforma Psiquiátrica, que vem excluindo nos hospitais psiquiátricos módulos de 40 leitos a cada ano. A política do Ministério da Saúde aplicada aos hospitais de pequeno porte, a maioria no estado, exigiu ajuste nos leitos ociosos dessas Instituições para adequá-los à realidade de pequenos municípios de até 30 mil habitantes com cobertura de mais de 70% da Estratégia de Saúde da Família, diminuindo no cadastro do SUS leitos que até então contavam nas estatísticas, mas que não eram usados pela população (Portaria do ministério da Saúde 1044/2004, de 01/06/04).

No Estado do Rio Grande do Sul conforme os Indicadores e Dados Básicos (IDB) a média de leitos por 1000 habitantes é maior que a média Nacional, conforme a ilustração 4:

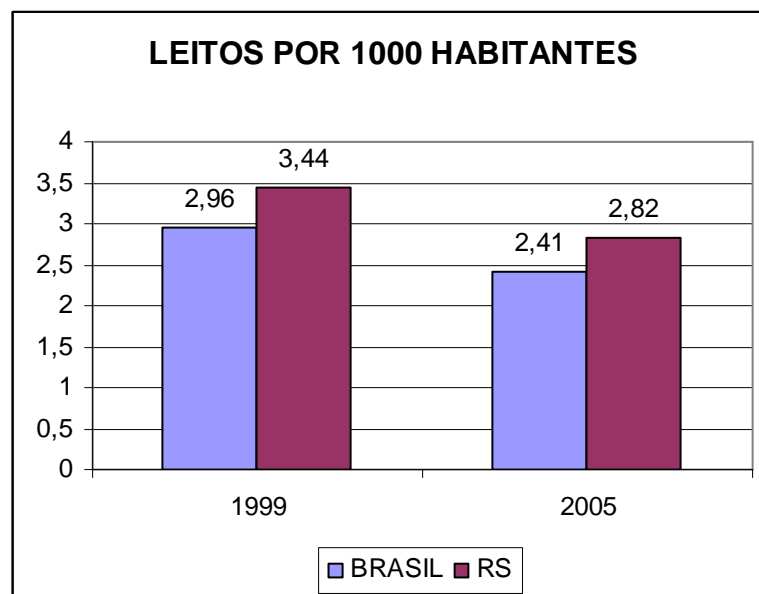


Gráfico 02 - Número de leitos por 1000 habitantes no Brasil e RS

Fonte: IDB Brasil 2007.

No Brasil de acordo com os dados coletados pela Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE), vinculados ao IDB 2007, indica que no período estudado houve um decréscimo expressivo no número de leitos hospitalares. O objeto da pesquisa foi avaliar a situação dos leitos nos anos 1999 e 2005, mas é o período mais próximo do gráfico anterior, que analisou a evolução total dos leitos no período de 1998 a 2008. O estudo leva em consideração a disponibilidade de leitos públicos e privados em relação à mil habitantes. No ano de 1999, enquanto a média nacional era de 2,96 leitos a cada mil habitantes, o RS apresentava um índice de 3,44. Embora ocorrendo um decréscimo desta oferta, o RS continua com índices superiores à média nacional em 2005.

Para Lussari e Schmidt (2003) a disponibilidade de leito não é uma garantia efetiva de bom atendimento a qualidade dos serviços disponibilizados, dependerá especialmente da capacidade resolutiva que cada porte de hospital pode oferecer, se os serviços prestados são básicos, e de média e alta complexidade. Para os autores, este é um tema bastante discutido, mas ainda não possuem critério, objetivo de inclusão dos hospitais nessas categorias, conforme será abordada a seguir.

### **1.5 Classificação Hospitalar**

De acordo com Cherubin et al. (1997), são três os conceitos mais usados para a definição da classificação hospitalar. Embora pareçam sinônimos, cada um tem significado e abrangência específica.

**a) ACREDITAMENTO** – É um roteiro de padrões, envolvendo a entidade mantenedora do hospital, a administração, a planta física, os equipamentos e os recursos humanos do mesmo. A partir do diagnóstico desta avaliação a instituição estará, ou não credenciada para funcionar, a análise será feita de acordo com o Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde, instituído com a portaria 1.107, de junho de 1995, que faz parte do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde.

**b) CLASSIFICAÇÃO** – É uma relação de pré-requisitos, envolvendo tanto a administração, quanto os elementos físicos, o contingente de recursos humanos e o desempenho do hospital e que, aplicados, fixam a aproximação do mesmo ao número total de pontos atribuídos aos padrões, configurando uma escala de valores. Esta metodologia pode ser utilizada tanto para credenciar hospitais a funcionarem, quanto para aquilatar o padrão do seu desempenho. É também chamado de Padrão Hospitalar.

**c) AVALIAÇÃO** – É a aferição do desempenho do hospital e ou de cada um dos seus serviços para averiguar a adequação entre o que está sendo conseguido e o que preconizam suas finalidades.

A classificação hospitalar nasceu do conceito de que a assistência hospitalar deve sofrer um processo constante de aprimoramento, buscando sempre melhorar o desempenho dos profissionais e servidores. Segundo Londoño et al. (2003), para projetar com clareza a organização estrutural e funcional do hospital é indispensável a revisão da missão e da visão antes aceitas, delimitando o horizonte e ser projetado e alcançado. Além disso, é preciso definir com muita clareza os conceitos da demanda exigida pelo meio, incluindo as seguintes características:

**a)** Demográficas: taxas de natalidade, mortalidade, migração e fecundidade, estrutura das populações e sua distribuição segundo sexo, idade e procedência (urbana ou rural). É necessária a identificação dos fatores associados e relacionados com estas variáveis.

**b)** Condições de saúde da comunidade a que se vai prestar assistência, segundo os seguintes pontos de vista: morbidade, mortalidade e incapacidade.

De acordo com esses resultados, deverão ser fixados o nível de atenção médica e o grau de complexidade nos quais a instituição que está sendo projetada será implementada. O nível de atenção e o grau de complexidade estão relacionados com os recursos que estarão disponíveis para fazer frente às patologias que o hospital se propõe atender. É por isto que tradicionalmente, são estabelecidos três níveis de atenção e diversos grau de complexidade em cada um deles, consoante com os recursos disponíveis e as políticas de saúde de cada região ou país. Para conseguir oferecer atenção em saúde de acordo com as necessidades crescentes dos usuários de serviços hospitalares, são realizados

estudos ou levantamentos que permitam conhecer qual é o comportamento da demanda. Quais são as patologias e os recursos necessários para seu tratamento (LONDOÑO, MORERA E LAVERDE, 2003).

Atualmente, existe no mercado uma grande quantidade e diversidade de instituições hospitalares existentes no país e que são vinculadas ao Sistema Único de Saúde. Com isso o Ministério da Saúde com o objetivo de estabelecer políticas e planejamento de ações específicas, a serem desenvolvidas na área hospitalar, e que estas sejam compatíveis com as características de cada hospital integrante do Sistema. Com a portaria nº 2.224 de 5 de dezembro de 2002, publicado no diário oficial de 06/12/02, procurando considerar as diferentes características destes hospitais, especialmente no que diz respeito ao número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, dentre outras.

A portaria definiu parâmetro e características para estabelecer uma classificação, visando sua inserção no Sistema Único de Saúde, definindo o grau de complexidade de sua gestão, o nível de responsabilidade sanitária e direcionamento assistencial. Além da classificação, os hospitais seriam agrupados com características semelhantes, visando sistematização do atendimento através de políticas e de planejamentos.

No art. 1º ficou estabelecido como sistema de Classificação Hospitalar para atendimento ao SUS quatro portes de hospital, conforme segue:

- A - Hospital de Porte I;
- B - Hospital de Porte II;
- C - Hospital de Porte III;
- D - Hospital de Porte IV.

O enquadramento de cada hospital em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º ocorrerá pelo intervalo de pontos atribuídos para cada Porte, conforme definido no Artigo 4º da portaria, que considera o somatório da pontuação alcançada, como resultado da aplicação dos itens de avaliação, definido pela seguinte tabela de pontuação:

Tabela 01 - Pontuação para enquadramento do porte de cada hospital

PONTOS POR ITEM	ITENS DE AVALIAÇÃO							PONTOS TOTAIS
	A Nº DE LEITOS.	B LEITOS DE UTI	C TIPO DE UTI	D ALTA COMPLEXIDADE	E URGÊNCIA EMERGÊNCIA	F GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	G SALAS CIRÚRGICAS	
1 Ponto	20 a 49	01 a 04	-----	1	Pronto Atendimento	-----	Até 02	Mínimo 1
2 Pontos	50 a 149	05 a 09	Tipo II	2	Serviço de Urgência Emergência	Nível I	Entre 03 e 04	
3 Pontos	150 a 299	10 a 29	-----	3	Referência Nível I ou II	Nível II	Entre 05 e 06	Máximo 27
4 Pontos	300 ou mais	30 ou mais	Tipo III	4 ou mais	Referência Nível III	-----	Acima de 08	

Fonte: DATASUS dezembro de 2000

A avaliação da instituição é realizada pela Secretaria de Assistência à Saúde, que faz a verificação do cumprimento dos Itens de Avaliação estabelecidos na tabela de pontuação, no momento da classificação dos hospitais, por meio de consulta ao Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde, criado pela Portaria SAS/MS N.º 511, de 29 de dezembro de 2000, disponível no Departamento de Informática do SUS – DATASUS. A pontuação dos hospitais, para fins de classificação, terá como base a tabela de pontuação e serão realizados pela atribuição dos respectivos números de pontos previstos nas colunas denominadas “Pontos por Item” e identificadas pelas letras de “A” a “G”, em cada um dos “Itens de Avaliação”, sendo que o somatório dos pontos obtidos será utilizado, segundo os intervalos de pontuação estabelecidos no Artigo 4º desta Portaria, para enquadramento do Hospital em seu correspondente Porte.

Na avaliação são considerados os seguintes itens:

- 1) **Leitos Cadastrados:** Coluna “A” - é considerado o quantitativo total dos leitos existentes no hospital cadastrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, disponibilizados ou não para SUS;
- 2) **Leitos de UTI:** Coluna “B” - são considerados o quantitativo de leitos cadastrados em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independentemente da classificação de tipo de UTI;
- 3) **Tipo de UTI:** Coluna “C” - é considerado o cadastramento de UTI no Sistema Único de Saúde de acordo com seu Tipo II ou III (conforme Portaria GM/MS

nº 3432, de 12 de agosto de 1998), sendo que na hipótese da existência de mais de uma unidade cadastrada, será pontuada apenas uma delas - aquela que corresponder ao maior número de pontos;

4) **Alta Complexidade:** Coluna “D” - são considerados o quantitativo de serviços de alta complexidade existentes no hospital e devidamente contratados pelo SUS, podendo ser computados para tanto: serviços de alta complexidade em assistência cardiovascular, tratamento das lesões lábio palatais e implante coclear, neurocirurgia, traumatologia, tratamento cirúrgico da epilepsia, assistência a queimados, oncologia, cirurgia bariátrica e transplantes;

5) **Urgência/Emergência:** Coluna “E” - são consideradas a existência (1) de Serviço de Pronto Atendimento nas 24 horas do dia com equipe presente, pelo menos, de urgências em pediatria e clínica médica, ou equipe da especialidade(s) oferecida no caso de hospitais especializados, ou (2) de Serviço de Urgência e Emergência com atendimento nas 24 horas do dia, com equipe presente, de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia, todos disponíveis para o SUS, ou ainda (3) a existência de Serviço de Urgência e Emergência cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, em hospital integrante do Sistema Estadual de referência hospitalar em atendimento de Urgências e Emergências, de acordo com seus respectivos Níveis I, II ou III;

6) **Gestão de Alto Risco:** Coluna “F” - são considerada a existência de Serviço de Atendimento de Gestão de Alto Risco cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS Nº 3477, de 20 de agosto de 1988, como Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento à Gestão de Alto Risco, de acordo com seus respectivos Níveis I e II;

7) **Salas Cirúrgicas:** Colunas “G” - são consideradas o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes no hospital.

O total de pontos obtidos, resultante da aplicação da tabela de pontuação constante do Artigo 3º, levará ao enquadramento dos hospitais no Sistema de classificação hospitalar do Sistema Único de Saúde em seu correspondente Porte, de acordo com o definido no Artigo 1º e em conformidade com o que segue:

Porte I - de 01 a 05 pontos

Porte II - de 06 a 12 pontos

Porte III - de 13 a 19 pontos

Porte IV - de 20 a 27 pontos

De acordo com a portaria as instituições que realizam internações de pacientes e dispõem de 05 a 19 leitos instalados e informados no Banco de Dados, não serão objetos da Classificação Hospitalares, passando estas instituições a serem consideradas e denominadas pelo Ministério da Saúde como Unidades Mistas de Internação - UMI, sendo que a Secretaria de Assistência à Saúde, em ato próprio, deve definir o perfil assistencial destas Unidades. As instituições que disponham de 05 a 19 leitos instalados e realizem atendimento especializado, desde que cumpridos os respectivos requisitos técnicos para tal, e sejam devidamente cadastradas no Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde - DATASUS nas especialidades de cardiologia, oftalmologia, psiquiatria, tratamento da AIDS e serão enquadradas, para fins de Classificação Hospitalar, no Porte I.

As instituições que disponham de 19 ou menos leitos instalados e cadastrados em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, serão enquadradas como Unidades de Hospital-Dia. Os enquadramentos das instituições não são estáticos, podendo ser pedido ao gestor seu enquadramento ou reenquadramento do momento que a organização apresentar alterações em sua performance.

Portanto, as organizações nasceram do espírito humanitário de grupos e líderes, que nos momentos de maior escassez, como nos períodos de guerra, ofereceram aos doentes, segregados da época, o que tinham, ou seja, nada; apenas a atenção, para que os mesmos não morressem desassistidos. Com a sensibilidade de alguns abnegados, construíram os primeiros hospitais, que no meio da precariedade dos métodos científicos e tecnológicos para cura, deu-se o necessário para não perdermos a dignidade humana, ou seja, o cuidado pela vida (Correia, 1944). Em circunstância diferente, ainda somos condicionados, acomodados ao espírito de segregar, não fomos capazes de dar soluções aos problemas hospitalares, dos quais somos os herdeiros, que ainda não aprenderam a administrar sua herança.



Nos séculos XV e XVI em Lisboa foi quando os hospitais foram considerados como um bem comunitário indispensável e com envolvimento dos Municípios, Estados e os Países, tornando-se o centro de atuação dos profissionais, equipamentos, instalações e produtos. Período em que apenas o método científico ditava as regras e que acabaram esquecendo dos pacientes. Os profissionais começaram a agir de forma estritamente técnica cuidando apenas da doença. Mas boas iniciativas resgataram os conceitos de origem das organizações, um bom exemplo; foi de São Camillo de Lellis, que ajudou a estabelecer critérios básicos, entre os quais recolocou o doente como a razão de ser do hospital, sendo o centro das preocupações de todos. Os serviços prestados ao doente, deveriam servir como instrumento para o aprimoramento da arte de curar e de servir (CHERUBIN E SANTOS, 1997).

Ao longo da história, algumas das atividades tomam sobreposição a outras, que possam parecer para a época, mais ou menos importantes. Conforme Londoño et al (2003), a pesquisa, prevenção e aprendizagem são atividades que pouco exploram o potencial oferecido nas unidades hospitalares, ficando muito restrito ao aspecto curativo, restringindo a compreensão da cura da doença, mas não estudamos as causas e meios preventivos para que não volte ocorrer. As organizações hospitalares oferecem um vasto campo de pesquisa, seja pela peculiaridade da complexidade de sua atividade profissional, os pesquisadores podem vivenciar práticas em diversas áreas ligadas à saúde.

A amplitude de tarefas que são desenvolvidas, atualmente, por um hospital de maior porte, obriga a uma ampla análise. Sem esgotar o assunto, pode-se dizer que a atividade de um hospital de grande porte compreende os panoramas políticos, econômicos, sociais, tecnológicos, cultural, demográfico e ecológico. Para enfrentar essa conjuntura, as instituições necessitam de flexibilidade, adaptabilidade e responsabilidade em relação às necessidades dos pacientes e mercado. Segundo Gonçalves (2006), as alterações são tão intensas que o momento já vem sendo considerado, como das mudanças.

Por fim, além da missão assistencial, as regiões, os estados necessitam cada vez mais, que os hospitais assumam em rede, posicionamento propulsor quanto à inovação tecnológica e organizacional, com ações proativas frente aos desafios da atividade hospitalar. Esta enraizada na sua história, a missão e a visão de buscar o

cuidado aos que necessitam, valores humanitários normalmente compartilhados por todos os que trabalham na organização e dos objetivos que se pretendem alcançar, favorecendo a confiança tão ansiada pelos utentes destas instituições, que ao longo de sua história foram os grandes apoiadores (Gonçalves, 2006). As regiões deveriam ser o berço das soluções, com a regionalização, mas também encontram várias dificuldades para articular forças que sejam expressivas, para evoluirmos com assistência hospitalar, tema que será abordado no próximo capítulo.

## **2 REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO VALE DO RIO PARDO**

Neste capítulo é aborda-se o processo de regionalização da assistência hospitalar do Vale do Rio Pardo, em que se analisa alguma das dificuldades para se entender como é formada a região, os problemas decorrentes para organização na assistência hospitalar, principalmente para os usuários. Como são formadas as redes de atendimento hospitalar na região, denominada como Vale do Rio Pardo? Qual a dinâmica proposta pelos Coredes, pelas Coordenadorias de Saúde e pelo Sindicato dos Hospitais Benéficos, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo (SINDHVARP)? O objetivo é analisar o processo de regionalização motivada por estas três instituições e tentar compreender os impactos de suas ações para a efetivação de uma assistência hospitalar integrada.

As organizações hospitalares, na sua origem, foram formadas para ser soluções de saúde nas suas cidades, a obrigação de atender uma região é uma necessidade para a organização sobreviverem às novas exigências legais impostas e para sua sustentabilidade. Compreender o processo de regionalização com as suas dificuldades, peculiaridades é uma forma para se achar caminhos com dinâmicas e estratégias que podem contribuir para o desenvolvimento da assistência hospitalar (WEIGELT, 2006).

Segundo Boisier (1999), regiões pelo prisma político-administrativo, podem ser conceituadas e mapeadas sem maiores dificuldades. Mas uma região, para que exista efetivamente, precisa ser construída socialmente a partir de laços comuns, de traços de identidade que se expressam no âmbito do cultural, do econômico e do político, que possibilitem articular desafios comuns à comunidade envolvida. A região é construída socialmente, no momento que seus integrantes têm consciência dos benefícios, sendo capazes de potencializar sua capacidade de auto-organização, transformando uma sociedade desarticulada, segmentada por interesses setoriais, pouca perceptiva de sua identidade territorial e definitivamente passiva, em outra: organizada, coesa, consciente de sua identidade, capaz de mobilizar-se em torno de projetos políticos comuns, ou seja, capaz de transformar-se em sujeito de seu próprio desenvolvimento.

Além das forças da sociedade organizada, o Estado também precisa fazer sua parte, deve voltar-se para dentro do seu território, visualizar suas potencialidades e promovê-las, não enquanto agente centralizador de decisões, mas enquanto viabilizador do debate, facilitador da capacidade de auto-organização das regiões e, principalmente, enquanto promotor de inserção das regiões no mercado global (BOISIER, 1999).

A região tem também um sentido bastante conhecido como unidade administrativa e, neste caso, a divisão regional é o meio pelo qual se exerce frequentemente a hierarquia e o controle na administração dos Estados. A formatação da estrutura regional é com definições claras das competências e os limites são fundamentais para a autonomia dos poderes locais na gestão do território.

A globalização, como solução e resposta para todos os problemas das organizações, começa a dar lugar ao processo de regionalização que por proximidade consegue construir as regiões, descobrindo seus potenciais, suas vocações. São as soluções locais como alternativas de desenvolvimento. Segundo Santos (1996), a probabilidade atual é de que os lugares se unam verticalmente, tudo é feito para isso em toda parte. Créditos internacionais são postos à disposição dos países mais pobres para permitir que as redes modernas se estabeleçam ao serviço do grande capital. Mas convenientemente os lugares também podem unir-se horizontalmente, reconstruindo aquela base de vida comum, susceptível de criar normas locais, normas regionais.

Segundo o autor supra citado, são irrelevantes as dimensões de cada lugar, mas é possível pensar em elevar esse movimento a desígnios mais amplos e escalas mais altas. Para isso, é indispensável insistir na necessidade de um conhecimento sistemático da realidade, mediante o tratamento analítico do território, interrogando-o a propósito de sua própria constituição no momento histórico atual.

Segundo Weigelt (2006), na saúde, o processo de regionalização necessita o engajamento de vários atores sociais, são eles: os representantes dos usuários, gestores e prestadores de serviços de saúde da região. Para cumprir um dos preceitos constitucionais, a equidade, a política de saúde que busca a assistência da população, terá que inevitavelmente fazer parcerias, cooperação e pactuações entre os atores sociais envolvidos, administrando a grande diversidade de interesses. Para

a autora, nos discursos dos principais atores, a designação da saúde no processo de regionalização pode estar atrelada aos direitos de cidadania, como também às questões de ordem econômica, produzindo como efeito o sentido de mercadoria, seja na forma de um bem ou de instrumento de uso político, mas na prática a realidade é bem diferente do discurso.

Para as organizações hospitalares, a Organização do Espaço e Territorialidades são fatores determinantes no redimensionamento das suas estruturas, necessárias para cada região. As necessidades regionais com suas características, assim como, a abrangência do atendimento de cada organização, seriam os fatores determinantes, para definir: tipos de hospitais, as especialidades médicas necessárias, as tecnologias, os profissionais de apoio, etc. Ter uma coerência logística, apoiada em análise demográfica, econômica, epidemiológica, são alguns dos fatores determinantes para justificar a existência da estrutura hospitalar.

O estudo da organização espacial parece ser elementar, como a primeira tarefa na definição das estratégias de gestão organizacional de curto e longo prazo (Santos, 2003). Na prática ficam relegadas a segundo plano, sendo a demanda de porta; ou seja, o hospital tem como sua região de abrangência os pacientes que buscam atendimento em seus estabelecimentos, por necessidade, indicação médica, marketing, mas sem uma coerência espacial sistematizada por seus gestores.

A demanda como agente definidor do território de abrangência no atendimento hospitalar, leva as organizações a ações estratégicas individualistas, com pesados investimentos para atrair especialmente os pacientes economicamente mais interessantes. Existe uma máxima da administração hospitalar que diz: *“Os pacientes ricos do interior vão fazer procedimento ou tratamento em Porto Alegre; pacientes ricos de POA., irão para São Paulo e os ricos de São Paulo, quando precisam de hospitais vão para o Canadá, Inglaterra etc.”* Portanto, as estratégias são voltadas para manter os pacientes que possuem planos para financiarem seus procedimentos e, acreditando que: *“O Santo de Casa”* pode fazer milagre, no momento que os pacientes economicamente interessante estejam precisando (BORBA, 2006).

Para Gonçalves (2006), enfrentar os interesses locais em detrimento de uma região não é tarefa simples, implica em mudança de conceitos de atenção à saúde,

de processos de trabalho, de distribuição de recursos, das pessoas e suas competências, das normas que regem o setor e das relações entre os diferentes componentes do sistema que funcionam e se estruturaram a seu modo há décadas.

Em um conjunto de Municípios, sempre existirão problemas e agravos de saúde de toda ordem, cuja magnitude e qualificação dependerão, obviamente, de suas características físicas, estruturais e epidemiológicas, entre outras. Não é necessário, e, ou não se pode oferecer todas as tecnologias a cada Município, sob a pena de incrementar a ociosidade e ou desperdício. Assim, a regionalização dos serviços hospitalares não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático, administrativo, mas representa uma melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde, possibilitando o acesso da população (MENDES, 2003).

Conforme Mendes (2002), há um consenso entre diversos autores de que a regionalização dos serviços hospitalares, faz-se em função do uso correto de alguns conceitos: da economia de escala, a economia de escopo, as relações entre qualidade e economia de escala e o acesso aos serviços de saúde.

Portanto, esta é uma relação de interesse recíproco, por que os hospitais Gerais têm pesada estrutura, com custos fixos elevadíssimos, que precisam de uma regionalização bem organizada para minimizá-lo, assim como; tendo um hospital geral, boa parte dos problemas da região, que não teria recurso para financiar uma estrutura hospitalar em cada município, terão assistência garantida no seu hospital de referência (WEIGELT, 2006).

Conforme já mencionado, no Rio Grande de Sul, o perfil hospitalar é predominantemente de hospitais Gerais, atualmente, o estado estabeleceu dezenove municípios como sendo regionais, conforme a ilustração a seguir:

<b>Regional de Saúde</b>	<b>Público</b>	<b>Filantrópico</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
1) Porto Alegre-01	8	19	9	36
2) Porto Alegre-02	3	11	7	21
3) Pelotas	3	14	4	21
4) Santa Maria	7	13	2	22
5) Caxias do Sul	0	18	8	26
6) Passo Fundo	7	20	8	35
7) Bagé	2	3	1	6
8) Cachoeira do Sul	0	4	3	7
9) Cruz Alta	4	3	5	12
10) Alegrete	0	7	1	8
11) Erechim	2	9	3	14
12) Santo Ângelo	1	8	2	11
13) Santa Cruz do Sul	0	7	1	8
14) Santa Rosa	3	10	6	19
15) Palmeira das Missões	0	8	5	13
16) Lajeado	0	17	6	23
17) Ijuí	0	8	6	14
18) Osório	0	6	0	6
19) Frederico Westphalen	4	8	7	19
<b>Número total de hospitais Gerais</b>	<b>44</b>	<b>193</b>	<b>84</b>	<b>321</b>
<b>%</b>	<b>13</b>	<b>61</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Quadro 03 - Número de hospitais públicos e privados por regional de saúde - set/2010

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

De acordo com o Ministério da Saúde, o Rio Grande do Sul possui 321 Hospitais Gerais, onde os hospitais filantrópicos são os maiores prestadores de serviços com 61% dos hospitais disponibilizados para todos os tipos de convênios, incluindo o SUS, seguido pelos hospitais particulares com 26% e os hospitais públicos com 13%.

Os prestadores estão distribuídos em sete Macrorregião de Saúde, onde são disponibilizados leitos em hospitais públicos, filantrópicos e privado, conforme Ilustração a seguir:

Prestador	Centro-Oeste	Metropolitana	Missioneira	Norte	Serra	Sul	Vales	Total	%
Público	535	3.998	248	498	73	325	-	5.677	19
Filantrópico	2.268	5.587	2.087	2.945	1.712	2.518	1.709	18.826	62
Privado	272	1.980	1.097	784	857	230	407	5.627	19
Total	3.075	11.565	3.432	4.227	2.642	3.073	2.116	30.130	100

#### Quadro 04 - Leitos públicos e privados por Macrorregião do RS - set/2010

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

A disponibilidade de leitos no Rio Grande Sul, no último levantamento do CNES de setembro de 2010, era de 30.130 leitos; deste total, 62% são dos hospitais filantrópicos, 19% dos privados e 19% são dos hospitais públicos. De forma bem distribuída, os hospitais filantrópicos são os maiores prestadores em todas as macrorregiões do Estado. Duas características importantes quanto à localização e distribuição dos leitos dos hospitais públicos são: a excessiva concentração na macrorregião Metropolitana com 3.998 dos 5.677 leitos existentes, e, o outro fator importante é que na macrorregião dos Vales, não existem leitos de hospitais públicos para atendimento da população.

Na Região do Vale do Rio Pardo, quando se quer entender a logística hospitalar, encontram-se algumas divergências na formação apresentada, pelo: Estado, através das Coordenadorias de Saúde, COREDEs e o Sindicato dos Hospitais, cada um organiza a região de forma diferente. A falta de sistematização e unidade dos principais organizadores do processo de regionalização hospitalar desencadeia uma série de dificuldades, especialmente para os usuários, que a rigor, poderão ficar sem assistência, por falta de uma definição concisa de quem efetivamente é o responsável por seu atendimento: quais são os municípios que fazem parte da região? Quem é o responsável pelo atendimento dos procedimentos de média e alta complexidade? Esta é uma perspectiva com estratégias que enfraquece os vínculos, demonstra o espírito individualista imperando sobre o interesse coletivo, no enfrentamento de suas dificuldades. Outro fator é a perda da força representativa de classe dos hospitais, que acabam apenas submissas aos ditames das políticas públicas, os quais organizam as regiões, conforme os seus interesses.

Portanto, as regiões acabam sendo a expressão apenas da visão dos entes públicos de como os espaços devem ser organizados. Segundo Santos (2003), esta



é uma metodologia puramente arbitrária, sem considerar as características regionais que possibilitariam vínculos de interesse comum, não permitem o desenvolvimento de redes que poderiam pactuar convênios reciprocamente vantajosos (VALE, 2007).

Para se tentar demonstrar a descontinuidade dos espaços organizacionais, na Região denominada com do Vale do Rio Pardo, inicialmente será analisada como o Governo Estadual definiu a assistência hospitalar, através das Coordenadorias Regionais de Saúde, na sequência com os COREDEs e, por fim, com o Sindicato dos Hospitais.

## **2.1 Coordenadorias Regionais de Saúde**

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, este estado está constituído por 496 municípios, agrupado em dezenove Regiões de Saúde, que compõem as setes Macrorregiões de Saúde estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em setembro de 2002, (Resolução CES/RS 05/2002, de 05/09/02), com alterações efetuadas pela CIB/RS nos últimos anos. A Macrorregião dos Vales abrange a 8ª, 13ª e 16ª Região de Saúde, 69 municípios, 906.583 habitantes e tem sede em Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado no ano de 2008, conforme mapa:

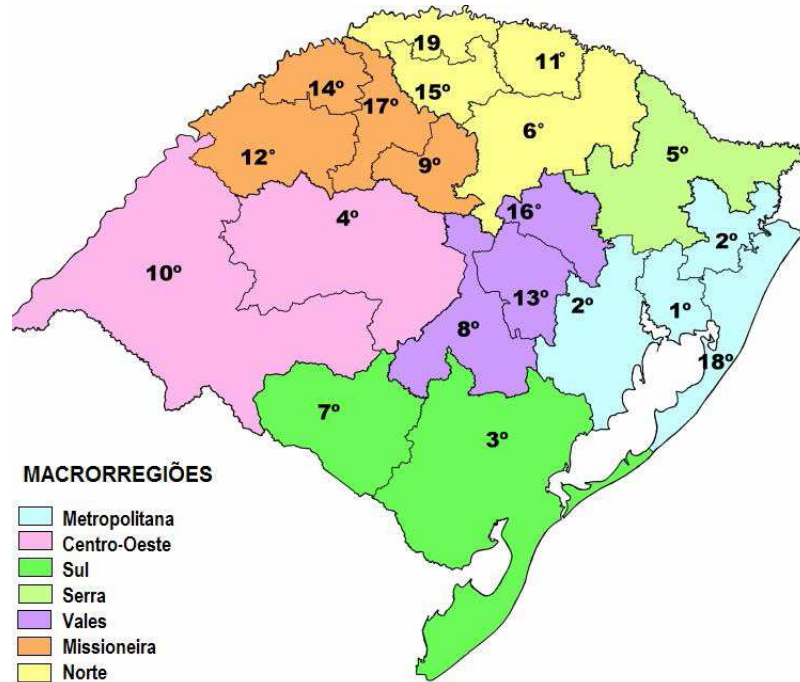


Figura 01 – Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde

Fonte: ASSTEPLAN/SES-RS

O Governo Estadual, através de seu Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, define as redes de referência na atenção à saúde estabelecendo como seria sua regionalização. A regionalização da saúde como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, sendo o programa estruturante do governo gaúcho na orientação da descentralização das ações dos serviços para os municípios na negociação e pactuação entre os gestores, conforme a portaria do Ministério da Saúde 399/06, com os seguintes objetivos:

- a) garantir acesso, resolutividade com qualidade das ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;
- b) garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover equidade;
- c) garantir a integralidade na atenção à saúde, através da organização das Redes de Ações e Serviços de Saúde Integradas;

d) racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

No planejamento regional do Estado, o objetivo é implementar o processo dinâmico que estabeleça as prioridades e as estratégias de saúde local e regional. No Plano Diretor de Regionalização (PDR), deve caracterizar como estão pactuadas com os gestores as Regiões de saúde e das macrorregiões, caracterizando os serviços ofertados por cada uma delas, tendo colegiados de gestão que define as redes de atenção e os complexos reguladores existentes.

Na Programação Pactuada e Integrada (PPI), é definido o processo que quantifica as ações dos serviços de saúde para atendimento de populações residentes nos territórios, assim como efetiva o pacto entre os gestores, visando a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, independentemente da localização. Também aloca os recursos financeiros destinados à atenção à saúde a partir de parâmetros e critérios pactuados entre os gestores.

Para as Coordenadorias Regionais de Saúde, o objetivo é o provimento de recursos financeiros para o desenvolvimento e manutenção das atividades administrativas, proporcionando suporte técnico e administrativo na descentralização das ações dos serviços. Promover em conjunto com os Departamentos, as Assessorias e a Escola de Saúde Pública, o desenvolvimento de recursos humanos, visando à adequação das ações e serviços de saúde aos princípios do SUS. Acompanhar o desempenho dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial da rede pública e privada na região. Promover a articulação das Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de regionalização, conforme o decreto nº 40.991 – Estabelece a Divisão Territorial da Secretaria da Saúde, e dá outras providências. Os municípios da Região do Vale do Rio Pardo e que também fazem parte dos COREDEs e da Associação dos Hospitais, pertencem a 8ª e 13ª Coordenadorias de Saúde, conforme mapa a seguir:

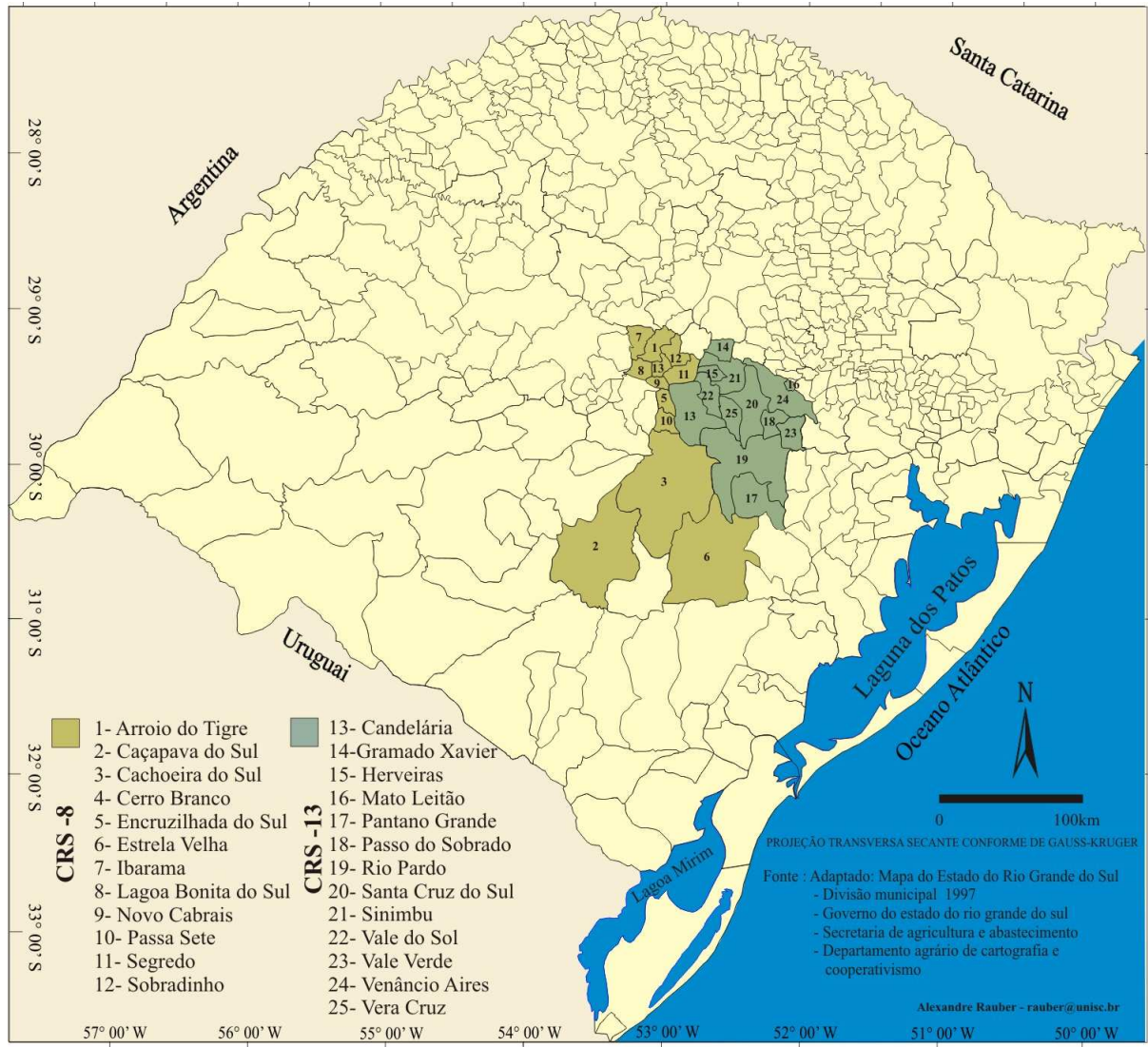


Figura 02 – Mapa da 8ª e 13ª Coordenadorias de Saúde do RS

Fonte: Laboratório de Geoprocessamento da Unisc

As duas Coordenadorias possuem vinte e cinco municípios e duas Regionais de Saúde localizadas em Santa Cruz do Sul e outra em Cachoeira do Sul. A 13ª - CRS pertence ao município de Santa Cruz do Sul, formada por treze municípios. De acordo com o CNES, a Regional possui 703 leitos cadastrados, sendo que 602 leitos de Hospitais Filantrópicos e 101 leitos de Hospitais Privados. A 8ª - CRS pertence ao município de Cachoeira do Sul, formada por doze municípios e de acordo com CNES, possuem 583 leitos cadastrados, sendo que 350 são de hospitais filantrópicos e 233 de hospitais privados, conforme ilustração a seguir:

<b>1) Regional de Saúde: Santa Cruz do Sul</b>			
<b>Município</b>	<b>Filantropico</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Candelária	97	0	97
Rio Pardo	0	101	101
Santa Cruz do Sul	276	0	276
Sinimbu	45	0	45
Vale do Sol	35	0	35
Venâncio Aires	114	0	114
Vera Cruz	35	0	35
<b>Total da Regional Santa Cruz do Sul</b>	<b>602</b>	<b>101</b>	<b>703</b>
<b>2) Regional de Saúde: Cachoeira do Sul</b>			
<b>Município</b>	<b>Filantropico</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Arroio do Tigre	66	0	66
Caçapava do Sul	0	92	92
Cachoeira do Sul	176	36	212
Cerro Branco	31	0	31
Encruzilhada do Sul	50	0	50
Segredo	27	0	27
Sobradinho	0	105	105
<b>Total da Regional Cachoeira do Sul</b>	<b>350</b>	<b>233</b>	<b>583</b>
<b>Total de leitos das duas Regionais</b>	<b>952</b>	<b>334</b>	<b>1286</b>

Quadro 05 - Leitos públicos e privados da 8ª e da 13ª CRS

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES  
Período: set/2010

As Regionais de Saúde de Cachoeira do Sul e Santa Cruz do Sul, juntas, disponibilizam 1286 leitos para região, incluindo os pacientes do SUS. Embora não possuindo hospitais Públicos de acordo do o CNES, na 8ª-CRS são disponibilizados 68,95% dos leitos para o Sistema Único de Saúde e na 13ª-CRS são disponibilizados 58,96% dos leitos, muito próximo da média Estadual que é de 69,98%, conforme ilustração:

<b>CRS</b>	<b>Leitos SUS/1000 hab</b>	<b>Total Leitos/1000 hab</b>	<b>% Leitos SUS</b>
8ª	1,97	2,86	68,95
13ª	1,31	2,23	58,96
<b>RS</b>	<b>2,23</b>	<b>2,86</b>	<b>69,98</b>

Quadro 06 - Leitos da 8ª e da 13ª CRS por 1000 habitantes

Fonte: DATASUS: 2000-2007 - Dados do Cadastro SIH-SUS; situação em novembro 2007 - CNES.  
População IBGE para o TCU

O número de leitos hospitalares cadastrados no estado em 2007 foi de 2,86 leitos por cada 1.000 habitantes. A disponibilidade de leitos na 8ª-CRS é de 2,86 leitos por 1000 habitantes, ou seja; igual à média do Estado. Na 13ª-CRS possuem índice inferior à média estadual, com 2,23 leitos por 1000 habitantes. Para a Organização Mundial de Saúde a média ideal seria de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes.

A região parece estar aderindo às novas políticas públicas, de manter ou até diminuir o número de leitos hospitalares. Segundo Gonçalves (2006), esta é uma tendência progressiva verificada não só no Rio Grande do Sul, como em todo território nacional de redução nas internações hospitalares, o que pode ser creditado à ênfase que vem sendo dada à Atenção Primária em Saúde - APS, ou seja, na Atenção Básica, tendo como modelo prioritário de organização a Estratégia Saúde da Família - ESF.

O processo de Regionalização na perspectiva teórica parece ter um formato coerente com os princípios desejáveis sobre a regionalização, isto considerando uma expectativa do poder público que dita e faz as divisões de acordo com critérios, ao menos estaticamente coerentes. Mas a regionalização da assistência hospitalar do SUS não representa a totalidade dos serviços do segmento hospitalar da Região, por que quando analisamos os Coredes e o Sindicato do Hospital, a estrutura da região tem um formato diferente. Muito embora o SUS seja o maior cliente destas organizações, as mesmas buscam pactuar novas formações, que não sejam pré-determinadas como parte pertencente a uma unidade espacial previamente determinada pelo poder público. O COREDE do Vale do Rio Pardo e o Sindicato dos Hospitais apresentam um formato por a adesão dos atores participantes, que começam a fazer parte e não ser parte.

## **2.2 Os COREDEs na distribuição de recursos para assistência hospitalar**

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Constituição Estadual de 1989, foram estruturadas uma série de ações e estratégias com o objetivo de incentivar desenvolvimento regional. A nova política implementada no Rio Grande do Sul propiciava uma participação maior da sociedade civil na definição

das políticas de desenvolvimento implementadas no Estado. No início dos anos 90 até a atualidade, os principais fóruns constituídos e órgãos legalmente instituídos no Estado do Rio Grande do Sul para discutir estratégias e propor políticas e ações voltadas ao desenvolvimento regional, são os Conselhos Regionais de Desenvolvimento, também conhecidos pela sigla COREDEs.

Os COREDEs têm uma importante atribuição de motivar para a promoção e a participação de todos os segmentos da sociedade regional, seja para fazer a análise de quais são as suas necessidades, reconhecimento de suas potencialidades, na formulação e a implementação das políticas de desenvolvimento integrado da região; para elaborar planos estratégicos de desenvolvimento regional etc. Motivam todos os atores para uma efetiva participação democrática, resgatando a cidadania, através do reconhecimento da ação política. Também para orientar e acompanhar de forma sistemática, o desempenho das ações dos Governos Estadual e Federal na região, tornando-se uma instância de regionalização do orçamento do Estado, conforme estabelece o art. 149, parágrafo 8º, da Constituição do Estado (KLARMANN, 1999).

Os COREDEs instalados, a partir do segundo semestre de 1991, e seu surgimento traz o embate dos interesses políticos e aos diferentes níveis de articulação regional existentes em cada região. Com a Lei Estadual nº 10.283 finalmente, em 17 de outubro de 1994, foram criados, oficialmente, 22 Conselhos Regionais de Desenvolvimento, abrangendo todo o Estado.

A partir da concepção dos Coredes, alguns princípios foram elaborados para nortear suas ações na promoção do desenvolvimento regional, são eles:

- autonomia, isenção e neutralidade frente às diferentes instâncias de governo, partidos políticos e organizações;

- pluralidade e identificação de consensos quanto à promoção do desenvolvimento regional; - Confiança, cooperação e formação de parcerias com a sociedade civil da região e com os poderes públicos, na promoção do desenvolvimento regional;

- integração, articulação e consolidação das identidades regionais pela via da participação plural;

- busca da regionalização das políticas de desenvolvimento, superando o local e o setorial;
- aumento permanente da representatividade e da organização, de forma a abranger todos os segmentos da sociedade regional;
- apoio à continuidade das políticas públicas de interesse regional, superando a "síndrome da descontinuidade" a cada troca de governo.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde de 2009 – 2011, elaborado pela Assessoria Técnica e de Planejamento do Estado do RS, relata que apesar das dificuldades que os governos têm enfrentado em cumprir as demandas da sociedade incorporadas na peça orçamentária estadual, pode-se afirmar que os Coredes se encaminham para um processo de consolidação institucional ao longo das últimas cinco gestões públicas estaduais.

O COREDE do Vale do Rio Pardo está igualmente constituído com o objetivo de desenvolver políticas para promover o desenvolvimento, reconhecendo e utilizando as diversidades locais. Isto significa que as receitas comuns, válidas para qualquer área, não são as mais adequadas porque simplificam e ignoram as diferenças contextuais. Portanto, a região passa a ser um *locus* privilegiado de definição das políticas públicas, em substituição aos projetos tecnoburocráticos geridos por governos centrais (BENKO, 1996; MOURA, 2008; SANTOS, 1996). Neste enfoque, o Rio Grande do Sul estabeleceu, já em 1994, os Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES), com a finalidade promover o desenvolvimento regional harmônico e sustentável.

Segundo Klarmann et al. (1999), o que acaba emperrando a ação dos Coredes de atuarem é a não coincidência territorial das diferentes instâncias do governo com os Coredes. Coordenadorias Regionais de Saúde, Educação, Segurança Pública e outras atuam em regiões não coincidentes com os Coredes. Para o autor, a compatibilização entre as regiões coredianas e a prestação regionalizada de serviços promovida pelo Estado do Rio Grande do Sul de forma prioritária, poderá garantir maior efetividade ao desenvolvimento regional, bem como maior eficiência e eficácia à gestão pública estadual.

De acordo com Fundação de Economia e Estatística, vinte e três municípios fazem parte da Região do Corede Vale do Rio Pardo. Esta mesma região tem uma



formação diferente, se considerar como a Secretaria de Saúde, através das Coordenadorias de Saúde e também como o Sindicato dos Hospitais estruturaram esta mesma região, conforme mapa:

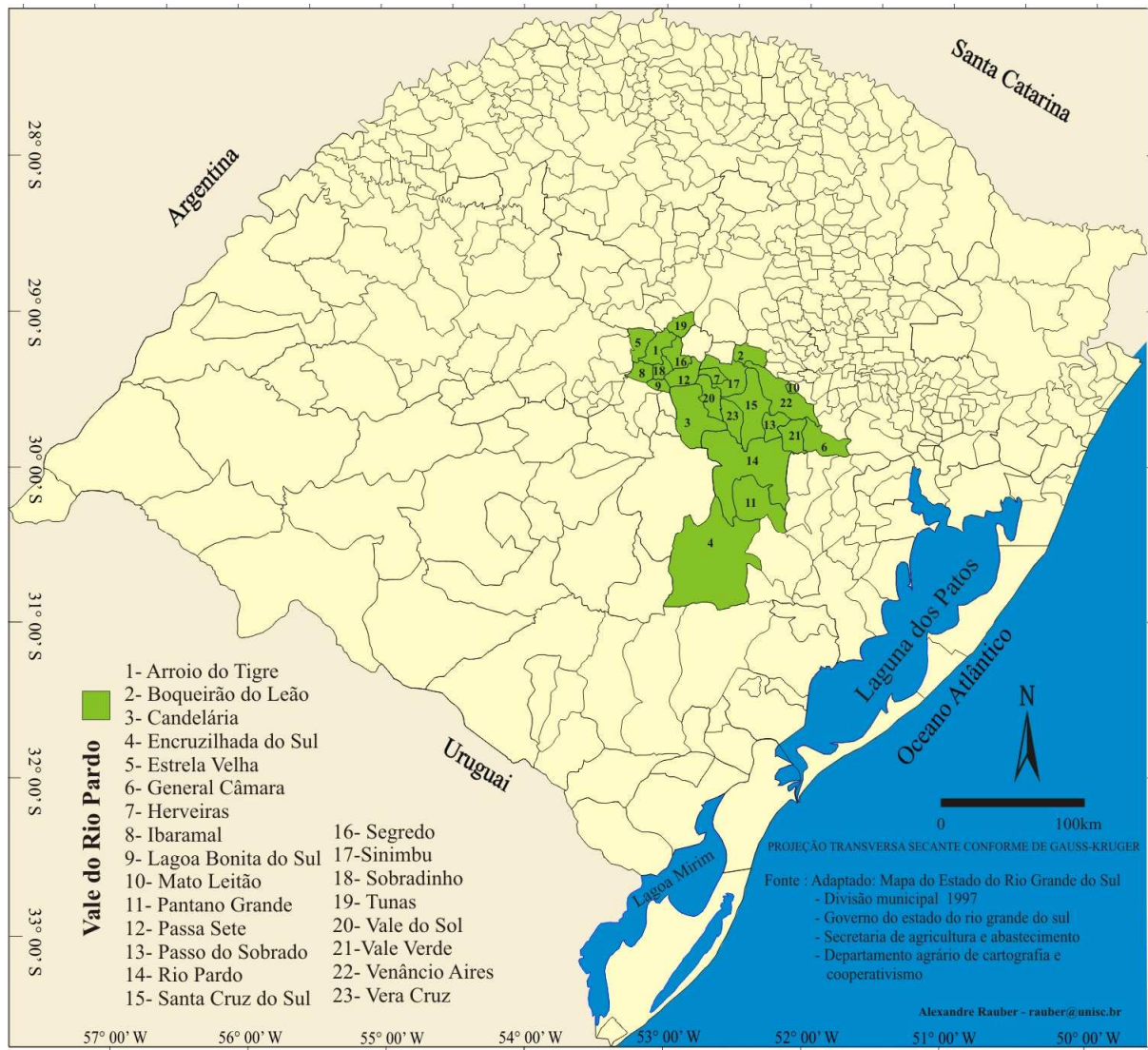


Figura 03 – Mapa do Corede Vale do Rio Pardo

Fonte: Laboratório de Geoprocessamento da Unisc

O surgimento dos COREDES, principalmente como “atores sociais” regionais que promovem a articulação dos agentes de uma dada região, além das implicações sobre o planejamento do desenvolvimento regional, trouxe um componente territorial novo. O grande entrave que ocasionou o insucesso das propostas anteriores de compatibilização territorial da ação pública foi no entendimento deste trabalho, a não

existência de uma divisão regional que servisse de referência, de base para a compatibilização e que dialogasse com uma política lógica do território concreto e de seus personagens (SIEDENBERG, 2008).

Segundo Santos (2003), as identidades sociais que os atores reais criam e destroem no processo, mesmo de produção social em cada lugar, região e território determinam, em última instância, a criação de novas regiões. Há uma subordinação lógica da categoria espaço, que fica submetida a regularidades naturais, históricas e geopolíticas praticamente inalteráveis. A experiência administrativa estadual tem demonstrado que há inúmeros focos e tensões que propõem, de forma organizada ou meramente intuitiva, alterações sobre o formato constitutivo regional que não questionam o padrão atual, ao contrário, o legitimam porque atuam sobre ajustes pontuais (municípios que mudam de região, por exemplo), são exceções que confirmam a regra.

Embora existam fatores divergentes na forma como são organizadas as regiões pelos COREDEs, é inegável a contribuição para os hospitais e na área da saúde, são disponibilizados projetos de investimentos e serviços de interesse municipal e regional de acordo com os programas do Plano Plurianual - PPA: Região Resolve, Salvar – Programa Integrado de Atendimento Pré-Hospitalar para Urgências e Emergências, Saúde Mental, Saneamento Comunitário e Programa de Saúde da Família-PSF (KLARMANN, 1999).

A Consulta Popular, para Siedenberg et al. (2008), que desde 2003 é uma das principais estratégias de distribuição de recursos para atender as prioridades da população, incluindo investimentos nos hospitais. Essa Consulta é regulada pela portaria 046/2006 e visa a definir a parcela do orçamento da Secretaria Estadual de Saúde voltada aos investimentos e serviços de interesse municipais e regionais conforme legislação em vigor. É um processo de participação popular no qual a população escolhe e vota em quais as ações de governo que gostaria de ver realizada em seu município ou região.

Segundo a Fundação de Economia e Estatística, atualmente o Estado do Rio Grande do Sul é composto por 28 COREDEs, que foram organizados e constituídos com base na localização geográfica e suas potencialidades socioeconômicas. Participam todas as esferas de governo, com sede nas respectivas regiões. Os Conselhos Municipais de Desenvolvimento – COMUDES, e os vinte e oito

Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDEs, participam do processo sistematizando as prioridades municipal/regionais e opinando sobre programas de desenvolvimento.

A coordenação executiva da consulta direta à população é feita pela Comissão Estadual de Coordenação da Consulta Popular, presidida pela Secretaria de Relações Institucionais (SRI), com participação intersetorial, incluindo representantes de outras secretarias estaduais e da Federação de Associações de Municípios do Rio Grande do Sul - FAMURS.

Os recursos disponíveis para investimento em ações e serviços regionais e municipais têm sido distribuídos proporcionalmente à população de cada região, obedecendo às ponderações de distribuição, segundo o Índice de Desenvolvimento Social e Econômico - IDESE, calculado pela Fundação de Economia e Estatística Sigfried Emanuel Heuser - FEE. Cabe aos COREDES e aos COMUDES a importante missão de organizar as Consultas Populares, que é precedida de audiências públicas municipais e regionais. A votação é realizada em cada município das regiões dos COREDES legalmente constituídos, em data única a ser definida anualmente pela Comissão Geral de Coordenação. As prioridades são decididas pelos cidadãos, por voto secreto em urna ou por meio eletrônico, estando habilitados a votar apenas os indivíduos com domicílio eleitoral na região geográfica do COREDES correspondente.

Após a escolha das prioridades, estas são incluídas no orçamento anual da SES e terão execução financeira garantida, através da transferência de recursos para as prefeituras municipais, hospitais e consórcios intermunicipais de saúde, beneficiários da Consulta Popular. Para a operacionalização desta etapa, os beneficiários devem apresentar um plano de trabalho específico, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde e da Coordenadoria Regional de Saúde a que estiverem vinculados. Após a análise do plano pelas áreas técnicas da SES, é realizada a transferência do recurso: fundo a fundo se for aos municípios, ou através de convênios se para entidades privadas (KLARMANN, 1999).

O reconhecimento atual da dimensão do problema, tanto por parte dos órgãos, do governo, como também por parte das comunidades, que pressionam para uma racionalização no atendimento, traz uma expectativa positiva no sentido de conquista de níveis crescentes de integração entre os órgãos, que resulta em

maior eficiência e eficácia dos serviços, mais universalização e inclusão social. Que as barreiras denominadas sejam apenas uma delimitação regional eficaz e racional, que atenda os anseios majoritários das comunidades, e que sirva também como catalisador da ação pública no desenvolvimento regional. Um exemplo de integração recentemente criado é o Sindicato dos Hospitais Filantrópicos do Vale do Rio Pardo que tenta formar um grupo de hospitais com anseios e objetivos comuns, embora pertençam a regiões diferentes.

### **2.3 Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo - SINDHVARP**

O SINDHVARP foi fundado em 17 de maio de 2006, trata-se de uma entidade representativa, que age em defesa dos interesses dos associados, promove a integração e a aproximação das organizações. É através desta entidade que acontece a interação das instituições hospitalares filantrópicas com os órgãos públicos e privados, como uma expressão da sua territorialidade, os hospitais organizam-se ganhando força como uma classe representativa em sua região. O SINDHVARP, está diretamente ligado a Confederação e a Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos, ambos com histórico diferentes na sua formação.

A Federação teve como palco para a sua criação no segundo Congresso Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, que ocorreu em São Paulo, em 12 de maio de 1987. De acordo o estatuto a finalidade da Federação esta alinhada com o que é proposto pelo SINDHVARP. Os seus provedores, dirigentes estão para a defesa dos legítimos interesses dos hospitais filantrópicos e santas casas do Estado, tal como traduz o primeiro artigo da ata de fundação da Entidade: *“A Federação das Misericórdias do Estado do Rio Grande do Sul, sociedade civil, sem finalidade lucrativa e de duração ilimitada, é órgão de união e integração e de representação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas do Estado do Rio Grande do Sul, constituída para fins de defesa, proteção, representação e assistência aos interesses sociais e econômicos das entidades federadas e, ainda,*

*de colaboração com os poderes públicos e demais associações no sentido de solidariedade humana, social e econômica”.*

A Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas — CMB é uma associação sem fins lucrativos ou econômicos. Fundada em 1963, em Santos, São Paulo, está sediada em Brasília. A Confederação é um órgão de união, integração e de representação das Federações de Misericórdias constituídas nos respectivos Estados, bem como das Santas Casas, Entidades e Hospitais Benéficos. Atualmente, a CMB é composta por quatorze Federações Estaduais, possuindo mais de 2.100 hospitais associados.

Os membros da sua Diretoria e do Conselho Fiscal, da Confederação, Federação e SINDHVARP não recebem qualquer remuneração pelo exercício da função, nem poderão usufruir, diretas ou indiretamente, de vantagens ou benefícios, sendo-lhes vedado qualquer vínculo remunerado com a instituição, conforme previsto nos seus respectivos estatutos.

O SINDHVARP possui sede na cidade de Venâncio Aires, na Rua Tiradentes 834, Bairro Centro, é constituído para fins de estudo, coordenação, proteção e representação legal da categoria econômica dos Hospitais Benéficos, Religiosos e Filantrópicos, conforme o mapa:

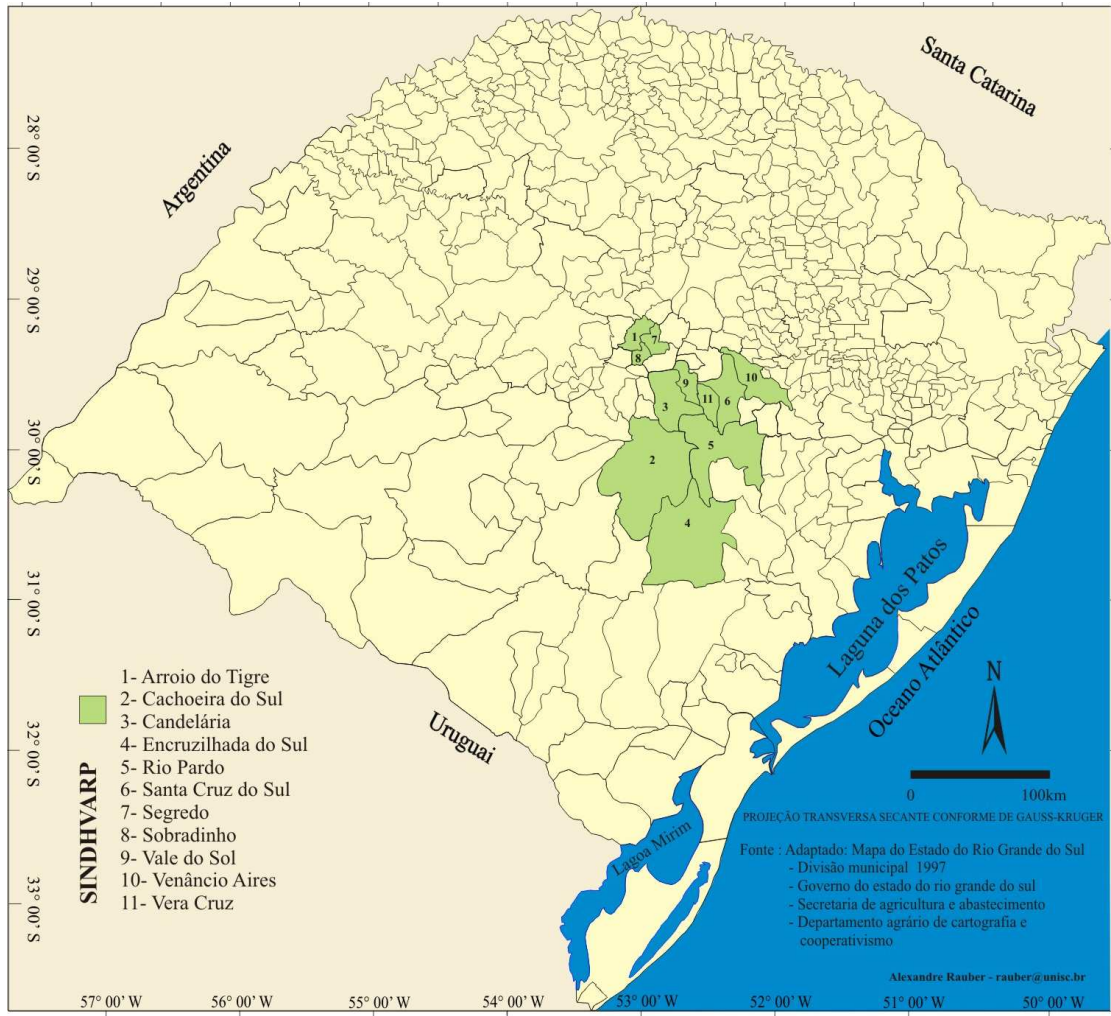


Figura 04 – Mapa dos hospitais do Sindicato do Vale do Rio Pardo

Fonte: Laboratório de Geoprocessamento da Unisc

De acordo com o art. 6º de seu estatuto, poderão se r associados todos os hospitais não lucrativos inseridos na base territorial citada, desde que satisfeitas as exigências legais e os enquadramentos sindicais pertinentes, regidos de forma democrática, espelhando, portanto, as insatisfações e os desejos de seus associados. Atualmente, estão vinculados ao sindicato catorze hospitais filantrópicos e religiosos. Os hospitais que fazem parte deste grupo são:

Tabela 02 - Hospitais filiados ao Sindicato do Vale do Rio Pardo

<b>HOSPITAL</b>	<b>MUNICIPIOS</b>
1) Sociedade Beneficente Santa Rosa de Lima	Arroio do Tigre
2) Hospital de Caridade e Beneficência	Cachoeira do Sul
3) Sociedade Beneficente Hospital de Candelária	Candelária
4) Hospital Santa Bárbara	Encruzilhada do Sul
5) Irmandade de Caridade do Sr. Bom Jesus dos Passos	Rio Pardo
6) Hospital São João Evangelista	Segredo
7) Hospital Ana Nery	Santa Cruz do Sul
8) Hospital Beneficente Monte Alverne	Santa Cruz do Sul
9) Associação Proensino em Santa Cruz do Sul	Santa Cruz do Sul
10) Hospital Dr. Sebastiany	Sobradinho
11) Hospital Dr. Homero Lima Menezes	Sobradinho
12) Sociedade Beneficente Hospital Trombudo	Vale do Sol
13) Hospital São Sebastião Mártir	Venâncio Aires
14) Hospital Vera Cruz	Vera Cruz

Fonte: Estatuto Social do SINDHVARP. Período: maio de 2006

Pela regulamentação vigente, consideram-se filantrópicas as entidades portadoras do "Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social", concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Várias condições são exigidas para a obtenção desse Certificado. Para os hospitais, destacam-se duas alternativas previstas pelo Decreto 4.327/2002: a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS. Estas determinações fazem com que as organizações sejam os maiores parceiros do poder público no atendimento prestado a população de baixa renda da região.

O sindicato representa uma importante conquista para as organizações hospitalares, pois, conforme seu art. 2º suas prerrogativas são:

- a) representar perante as autoridades administrativas e judiciárias, os interesses legais de sua categoria ou individuais de seus associados;
- b) celebrar contrato e acordos coletivos de trabalho;
- c) eleger os representantes da respectiva categoria;

d) colaborar com o Estado no estudo e solução dos problemas que se relacionem com a sua categoria;

e) impor contribuições a todos aqueles que participem da categoria representada, nos termos da legislação em vigor.

No art.3º estão previstos os deveres do sindicato:

- colaborar com os poderes públicos no desenvolvimento da solidariedade social;

- manter serviços de assistência judiciária para os seus associados;

- promover a conciliação nos dissídios de trabalho;

- manter o intercâmbio com entidades congêneres;

- promover, realizar ou fomentar estudos, cursos e pesquisas na área de saúde, visando ao aprimoramento da atividade e do próprio setor;

- orientar os hospitais associados, visando à estabilidade, segurança e desenvolvimento do setor.

A observância rigorosa das leis e dos princípios de moral e compreensão dos deveres cívicos, sem qualquer tipo de promoção ou propaganda, gratuidade do exercício dos cargos eletivos, abstenção de quaisquer atividades de caráter político-partidário, são condições para funcionamento do sindicato conforme previsto no artigo 4º de seu estatuto, o que faz desta instituição um importante aliado das organizações hospitalares.

A região formada pelo sindicato pode ser caracterizada como sendo uma expressão da territorialidade, não uma estratificação espacial meramente estatística, mas a expressão legítima dos gestores hospitalares do Vale do Rio Pardo, que se organizam juridicamente, formulando de maneira democrática a expressão dos desejos, necessidades da associação, para representá-lo perante as autoridades judiciárias, públicas e administrativas, os interesses legais de sua categoria ou individuais de seus associados.

A organização espacial dos hospitais no Vale do Rio Pardo não possui unidades quando a definição das regiões, assumindo formatos diferentes, com interpretações divergentes, quanto às potencialidades locais. Na região do Vale do



Rio Pardo, tem-se importantes organizações hospitalares com um grau de complexidade de hospital Geral, que por suas pesadas estruturas precisam atender regiões que estejam bem definidas e que possam custear a disponibilidades de leitos ofertados para esta região. Segundo Christensen (2009), a falta de uma definição precisa das regiões, pode estimular a concorrência entre as organizações com pulverização desnecessária de investimento. As diferenças na formação das regiões podem ser visualizadas, no mapa a seguir:

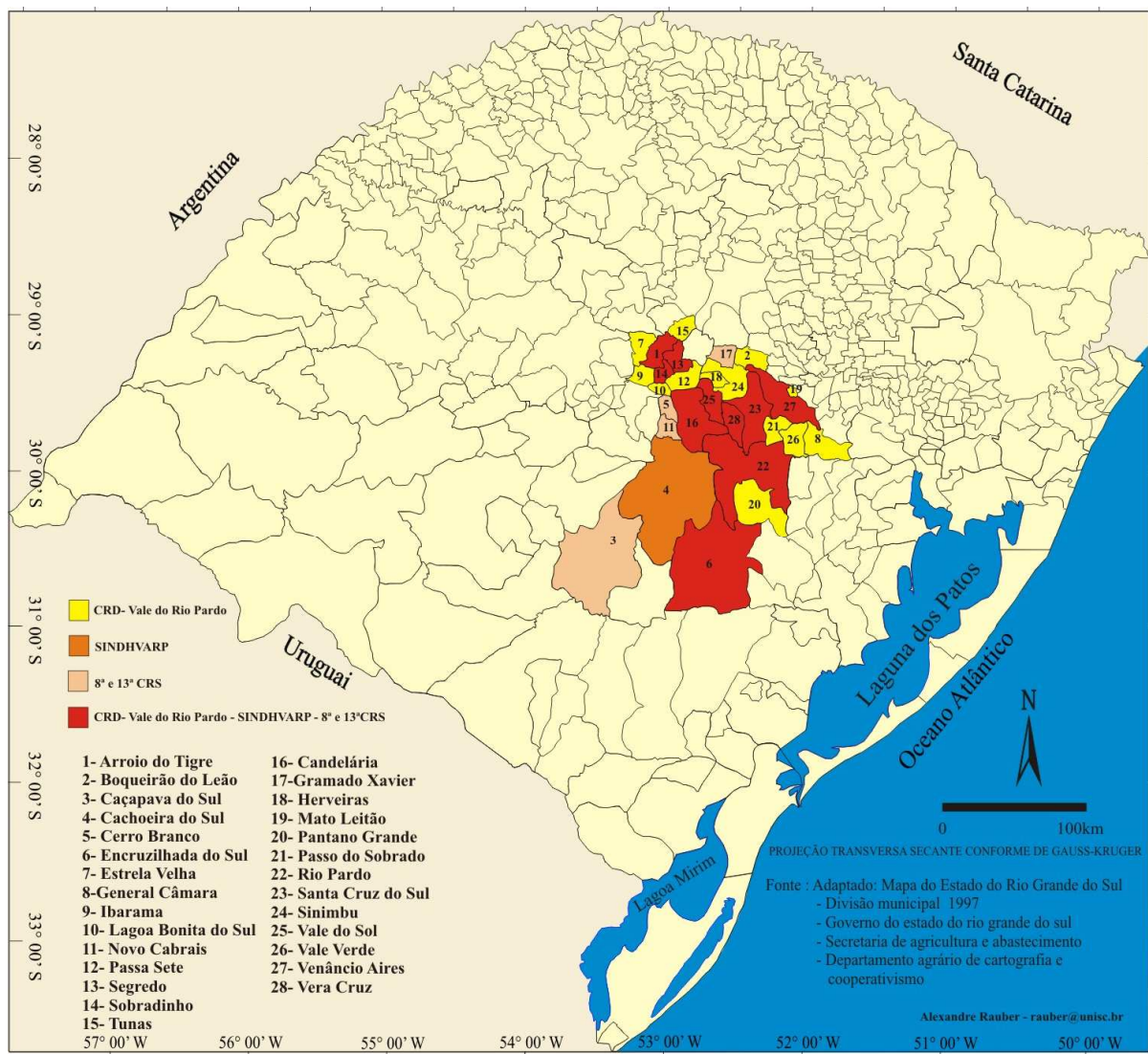


Figura 05 – Mapa das diferenças na formação das regiões do Vale do Rio Pardo  
 Fonte: Laboratório de Geoprocessamento da Unisc

O processo de organização dos hospitais em seus territórios, seja: pelo Estado com as Coordenadorias; COREDEs ou sindicato dos hospitais, todos

apresentam formações diferentes, embora todos estejam referindo-se a mesma unidade territorial. Exceto o sindicato, as outras formações representam modelos de divisão pré-estabelecidas, definidas apenas conforme a visão dos entes públicos (Santos, 2003). Apenas os municípios identificados na cor vermelha representam a intersecção, onde todos pertencem à mesma denominação territorial, ou seja; dos vinte e oito municípios, apenas dez pertencem igualmente ao mesmo: sindicato, coordenadoria e COREDE.

Nos sistemas de saúde regionalizados o maior desafio está em buscar a integralidade da atenção aos cidadãos pertencentes àquele espaço delimitado (Mendes 2002, p. 59). Neste sentido, a saúde tomada em sua complexidade e como manifestação da vida, encontra no território seu espaço de realização. Nas palavras do autor Santos, o território representa:

O conjunto de sistemas naturais mais os acréscimos históricos materiais impostos pelo homem. Ele seria formado pelo conjunto indissociável do substrato físico, natural ou artificial, e mais o seu uso, ou, em outras palavras, a base técnica e mais as práticas sociais, isto é, uma combinação de técnica e de política. Os acréscimos são destinados a permitir, em cada época, uma nova modernização, que é sempre seletiva (SANTOS, 1999, p. 5).

Nesse contexto, o sindicato representa uma alternativa de superação da fragmentação e da falta de coordenação nos sistemas de saúde, sendo este um dos grandes desafios a ser enfrentado pelos gestores. As estratégias e mecanismos voltados à descentralização têm se aproximado em diferentes graus de um modelo de saúde voltado à integralidade. A organização de sistemas com redes organizadas, segundo diferentes densidades tecnológicas e acessadas conforme as necessidades de saúde da população, que se baseiem nos conhecimentos de planejamento, de epidemiologia e das ciências sociais, tem sido um desafio no cenário da descentralização e municipalização da saúde.

A saúde é uma arena com diferentes atores, onde o interesse comum é algo questionável, porque os indivíduos, dentre suas especificidades, têm algumas prioridades que se sobressaem, em função das condições circunstanciais do momento em que os mesmos se encontram. Diante disso, entende-se a permanente conflitoalidade dessas relações, emergindo aí a necessidade de utilização de estratégias para lidar com essas diferenças, ou em outras palavras, coordená-las em

busca de benefícios coletivos pautados na legislação da saúde, que prioriza a regionalização com enfoque de equidade, universalidade e integralidade da atenção.

Segundo Weigelt (2006), como grande solução para a maioria dos problemas dos municípios aparece, em alguns discursos, a regionalização da saúde, uma vez que quase a totalidade dos municípios desta região não consegue atender suas demandas de assistência à população, principalmente no que se refere aos atendimentos de média complexidade, alegando a falta de recursos financeiros, humanos, materiais e de equipamentos.

Para finalizar esta reflexão, fazem-se nossas as palavras de Milton Santos, quando afirma que a ordem global busca impor, a todos os lugares, uma única racionalidade. E os lugares respondem ao mundo, segundo diversos modos de sua própria racionalidade. A ordem global serve-se de uma população esparsa de objetos regidos por essa lei única que os constitui em sistemas. A ordem local é associada a uma população contígua de objetos, reunidos *pelo* território e *como* território, regidos pela interação.

Portanto, Estado, Coredes e Sindicatos, todos apresentam objetivos necessários para o desenvolvimento das organizações hospitalares da Região do Vale do Rio Pardo. Mas os diferentes formatos da região, acabam perdendo partes importantes dos ativos relacionais, que segundo Christensen (2009), enfraquece a integração, aumenta as divergências, cria conflitos na obrigação da assistência, especialmente aos pacientes do SUS, enfraquece vínculos e estimula concorrência com excessivos investimentos.

Os hospitais estão isolados nas suas cidades, o espírito individualista que ainda impera, precisa dar lugar para soluções regionais, onde estas organizações poderiam ser estruturadas por especialidade, isto reduziria substancialmente a necessidade de investimento em relação a Hospitais Gerais, que demandam altíssimo custo de manutenção e de investimento permanente. Esta mudança de instituições locais para solução de saúde de forma regional, enfrentando os monstros culturais do individualismo, o apego às organizações que foram construídas com muitas dificuldades por suas comunidades, que para desenvolverem-se precisariam partilhá-lo com outras cidades, abrindo mão de bens já conquistados (SANTOS, 2003). Conforme Gittel & Weiss (2004), as organizações

hospitalares ainda têm um longo caminho na eliminação de desperdício, excesso de investimentos.

O interessante que com uma caminhada tão longa da ciência e com a socialização de todas as informações, não desenvolvemos suficientemente na distribuição dos elementos essenciais à sociedade, como a saúde. A falta de planejamento logístico e a necessidade de sobrevivência, motivam ações individualistas das organizações hospitalares, que lutam com estratégias própria em suas cidades com seus problemas, que seriam soluções para outras cidades, se o processo de referência e contra referência fosse corretamente aplicado.

O desenvolvimento da atividade hospitalar depende da dinâmica racional que seus atores conseguem implementar na regionalização da assistência. Para tanto, duas estratégias vêm à tona: uma se refere à harmonização da prestação de serviços entre órgão de saúde situados em diferentes níveis, por sua complexidade, problemas econômicos e recursos tecnológicos; a outra estratégia consiste na associação, aliança ou constituição de redes horizontais entre instituições de igual nível; ou de níveis diferentes, situadas em diferentes municípios, localidades ou áreas geográficas para fortalecer as instituições hospitalares e apresentá-las como uma frente solidária perante órgãos que queiram contratar seus serviços, tema que será abordado no capítulo sobre as redes organizacionais.

### 3 REDES ORGANIZACIONAIS E O SINDHVARP

Neste capítulo, aborda-se as dinâmicas utilizadas nas redes organizacionais, alguns de seus benefícios aos seus participantes, especialmente para os hospitais que fazem parte do Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo (SINDHVARP), para compreender a prática vivenciada por seus gestores com a formação do sindicato, à luz dos pressupostos teóricos e interpretativos preconizados nas redes organizacionais.

Para Vale (2007), embora seja vantajoso aos seus participantes o fortalecimento das organizações com a formação das redes, enfrenta-se muitos desafios para se desencadear um processo de desenvolvimento sustentável que envolva vários municípios. Um dos maiores desafios, apontado pelo autor, é a falta de compreensão dos fatores determinantes deste processo, tornando-os capazes de iluminar os especialistas e delineadores de políticas públicas em suas decisões. Esta é uma etapa que precisa ter respaldo técnico, ser desenvolvida por profissionais com capacidade e experiência no ramo, porque dependerá dos laços e das conexões que formam as redes empresariais e territoriais, sendo estes os condicionadores que darão origem às oportunidades aos seus detentores. É o surgimento de um novo ativo de natureza relacional, designado como capital relacional, ou seja, o conjunto de recursos conectados por redes, que garantam acesso às informações que possam gerar oportunidades diferenciadas de acordo com a capacidade do empreendedor em implementá-las.

Para Teixeira (2008), um fator importante é a baixa resolutividade das propostas oferecidas pelo Estado à assistência hospitalar, em solucionar os problemas de saúde-doença, impondo limites de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde. Este é um dos difíceis impasses no seu dia-a-dia para quem depende do Sistema Único de Saúde. Tendo em vista que o governo não assume seu papel e responsabilidade de executar e oferecer serviços básicos, que atendam, de forma adequada, a demanda e os problemas enfrentados pela população, as redes são uma das alternativas como estratégia de enfrentamento para superar os impasses do cotidiano e resistir às condições de precariedade.

As redes interorganizacionais começam a surgir como um importante elemento na busca pela competitividade e na estratégia de sobrevivência das organizações. Este fenômeno acontece devido à cooperação. As organizações conseguem superar limitações e combinar competências de forma sinérgica, obtendo recursos e oportunidades às quais individualmente não conseguiriam os mesmos resultados. Esta articulação não é discriminatória quanto ao porte de organização, se a mesma é grande, média ou pequena, pode ser enquadrada em qualquer formato constitutivo, privado, público ou sem fins lucrativo, sendo absolutamente possível a todos que entendem os benefícios da força conjunta (VALE, 2007).

Segundo o autor supra citado, as redes emergem por motivos como: redução de custos de transação, aumento no poder de barganha e acesso a novos mercados e a recursos escassos. Esses novos arranjos organizacionais são desenvolvidos em resposta a um ambiente dinâmico e competitivo, no qual a base de conhecimentos das organizações é fundamental para gerar inovações e acompanhar as contínuas mudanças ambientais. Em todos os casos, a cooperação é utilizada como uma estratégia capaz de manter ou ampliar a competitividade dos participantes, diante de um cenário altamente competitivo e que muda rapidamente.

A palavra rede é bem antiga e vem do latim *retis*, significando o entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A palavra tem sido empregada em várias circunstâncias, no início representava o entrelaçamento de fios, posteriormente, a palavra foi adquirindo novos significados, sendo empregada em outras situações. Mais contemporaneamente a rede é compreendida dentro de uma estrutura de relações humanas, em que seus integrantes podem estar ligados horizontalmente a todos os demais, diretamente ou através dos que os cercam. Esta estrutura provoca uma séria de relações, que se espalham indefinidamente para todos os lados, sem que nenhuma das suas partes, possa ser considerada principal, ou representante dos demais, a coletividade tem supremacia sobre os interesses individuais (CASTELLS, 2000).

As redes podem ser formais ou informais e apresentarem graus diferentes no seu processo de formalização. As formais possuem contratos, acordos, ou seja, documentação representativa das normas e rotinas que expressem a conduta entre os participantes. Nas redes informais os participantes estabelecem relações mais

estruturadas e frequentes em torno de preocupações semelhantes. São formadas sem qualquer tipo de contrato formal que estabeleça regras, agindo em conformidade com os interesses mútuos de cooperação, baseados principalmente na confiança entre os participantes (MARCON e MOINET, 2001).

Segundo os autores supra citados, embora fugindo das formas convencionais, é possível através de questionários e de técnicas de contextualização oriundas da antropologia organizacional, mapear e compreender, por meio de seus processos de comunicação, como são formadas as estratégicas. O mapeamento das redes informais desvenda dimensões chaves da comunicação organizacional, tais como as redes de:

**cooperação** - como as informações são dissipadas entre os atores;

**confiança** - quem pede conselhos a quem;

**inovação** - como as novas descobertas são socializadas;

**motivação** - quem são os colaboradores que estimulam e motivam.

Embora sendo uma forma simplificada, mas se for aliada a uma profunda análise da cultura organizacional, é possível diagnosticar os fatores que afetam positivamente ou negativamente a cooperação, inovação e a motivação organizacional.

Os elos gerenciais e o grau de formalidade podem ser uma das formas para distinguir a grande variedade de redes, que podem apresentar estruturas hierárquicas verticais ou horizontais. As redes verticais possuem clara estrutura hierárquica, sendo utilizadas por grandes empresas que formam redes para estarem mais próximas dos clientes. A relação de poder é muito forte, o que se pode equiparar a uma relação da matriz com suas filiais. A participação dos pequenos empreendimentos é de dependência, quase sem influência nas políticas, estratégias e nas decisões da rede. Grandes empresas se valem de redes verticais para garantir flexibilidade na produção e agilidade para atender pedidos customizados dos clientes (CASTELLS, 2000).

Nas redes horizontais, segundo Castells (2000), as organizações mantêm sua independência, as atividades são coordenadas de forma conjunta. Com isto, as empresas conseguem inserção em novos mercados, minimização dos custos, maior

divulgação dos produtos e serviços. Neste formato, as redes se constituem sob a cooperação de todos seus participantes, que possuem poder semelhante. As cooperações existentes nas relações acabam proporcionando um ambiente de aprendizagem, nas quais as relações são complexas, devido aos atores escolherem cooperar dentro de certos limites, pois também podem ser concorrentes. Dessa forma, as redes favorecem a concentração de esforços, sem privar a liberdade de ação estratégica de seus membros.

Segundo Castells (2000), as redes organizacionais são formadas, quando são alinhados fatores viabilizadores, que motivem seus atores a participarem. O desempenho dependerá de dois atributos fundamentais: a conectividade, que se refere à capacidade estrutural de facilitar a comunicação sem ruídos entre seus componentes; e, a coerência, ou seja, em que medida há interesses compartilhados entre os objetivos da rede e de seus atores.

Para Kelly (1998), quando se quer entender sua essência, percebe-se que a rede é como um organismo descentralizado que não tem limites concretos; não tem centro; não tem cabeça; não há essencialmente algo no comando. As causas não são lineares e é muito difícil entender os fenômenos que acontecem neste processo. É por isso que existe uma idéia de que os controles são muito difíceis quando se tem uma rede.

### **3.1 Redes Hospitalares**

Segundo Borba (2006), no cenário do mundo globalizado, a informação e os negócios ocorrem de uma forma muito dinâmica, fazendo com que as organizações, busquem cada vez mais a tecnologia da conectividade, especialmente com o avanço da Internet, nas áreas tradicionais como da saúde; integrando gestores, prestadores, operadores, profissionais e serviços. Contemporaneamente, o modelo de gestão precisa ser altamente profissionalizado e estratégico, como foco na competitividade, voltado para modernidade, com espírito de inovar e aprimorar.

O mercado apresenta multiplicidade de dificuldades, desafios, interesses e também alternativas poucos exploradas. De um lado, governo e gestores preocupados com os custos, de outro, a população em geral, representada por



usuários do sistema e consumidores dos serviços, em busca de maior cobertura assistencial e acesso irrestrito às novas e modernas tecnologias.

Os hospitais, como prestadores de serviço do terceiro setor, estão sujeitos às condições impostas pelo mercado. Como provedores de serviços para o sistema público e privado de saúde, os prestadores estão organizando-se para oferecer serviços de qualidade e a preços mais razoáveis. Conforme já mencionado, no capítulo I (item 1.4), há um grande estímulo para a desospitalização, com o emprego de novos procedimentos em nível ambulatorial, em unidades de rede assistenciais, atendimentos domiciliares (home care), favorecendo a redução da permanência hospitalar e o desenvolvimento da atenção gerenciada, com racionalização da rede de estabelecimentos e de serviços, que envolvem a progressividade do tratamento, incluindo desde a promoção e a prevenção até o tratamento, recuperação da saúde e reabilitação do paciente (BORBA, 2006).

Segundo Borba (2006), os avanços tecnológicos tendem a aumentar os custos da medicina de forma direta, pela sua incorporação às novas rotinas, ou indiretamente, por meio dos repasses dos custos das pesquisas e do desenvolvimento aos consumidores. Algumas tecnologias que aumentam a sensibilidade dos diagnósticos podem aumentar a precisão dos mesmos, reduzindo os falso-negativos, porém, podem simultaneamente introduzir falso-positivos e diminuir a sua especificidade, contribuindo para a necessidade de novos testes de confirmação ou de exclusão de outros diagnósticos, aumentando o preço dos diagnósticos e tratamentos, com a utilização das tecnologias existentes, que contribuem com o êxito dos tratamentos. A engenharia genética, eletrônica, a informática e a bioengenharia estão criando medicamentos e equipamentos sofisticados que possibilitam precisão nos diagnósticos.

Devido aos elevados custos, as instituições são obrigadas a impor diversas restrições ao acesso às tecnologias. Na prática, acabam sendo encontrados três sistemas: os elitistas, aberto, amplo e compreensivo, porém de acesso apenas aos privilegiados financeiramente; os usuários de convênios ou planos de saúde simples, restritivos e com baixa cobertura e acesso controlado, geralmente destinado aos operários ou membros de associações e que mais limitam do que permitem o acesso dos usuários; por último, o sistema público de saúde, universal, aberto, com ampla e ilimitada cobertura assistencial, mas igualmente restrito pela falta de

recursos para cobrir os custos, falta de credibilidade junto à população e aos profissionais que acabam se recusando a trabalhar pelo sistema (BORBA, 2006).

O sistema público de saúde universal iniciou sua história, no Brasil, na década de 1970, diante da boa arrecadação da Seguridade foram realizadas mudanças dentro da estrutura de atendimento previdenciário. Vários institutos se fundiram, dando origem ao órgão denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Foram muitas as tentativas de universalizar o acesso aos cuidados com a saúde da assistência hospitalar, com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o PrevSaúde, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que antecedeu o Sistema Único de Saúde (SUS). Estes programas se arrastaram até a década de 1980, onde a organização sanitária brasileira caracterizava-se por uma diversidade de instituições prestadoras de cuidados em saúde e profunda dicotomia entre as práticas de prevenção e promoção e a medicina curativa (GONÇALVES, 2006).

A partir dos anos 1990, existe uma mudança na atribuição de responsabilidade pela promoção da saúde no país. Para Costa (2006), o Estado não quer mais ser o único provedor dos serviços de saúde, mas também se opõe a garantir o livre-mercado para o setor privado, caracterizando assim, um sistema misto na saúde. Segundo a autora, as políticas de saúde implementadas pelo Estado brasileiro tendem a manter a histórica dualidade, apesar dos esforços de alguns governos. Resulta daí um sistema de saúde restrito, fragmentado, que privilegia as ações curativas e drena recursos do fundo público para a constituição de serviços privados de saúde, sobretudo para os hospitalares.

O Sistema Único de Saúde instituiu novos princípios norteadores como: a universalidade do atendimento, a equidade no acesso e a integralidade dos serviços. As diretrizes consistem na descentralização, já que os municípios são os principais administradores, na participação da comunidade, por meio dos conselhos de saúde, no atendimento integral e na promoção, prevenção, cura e reabilitação. O financiamento do SUS é de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. Conforme Costa (2006), todo o complexo da saúde no Brasil é constituído pelo Estado, como agente central e presença em todo o Território Nacional na área da saúde, possuindo alto poder de regulação e de promoção do setor privado

(lucrativo e não-lucrativo). O SUS, constitucionalmente, tem por objetivo ser um atendimento universal, isto é, não coloca distinções entre contribuintes da previdência social e os demais segmentos da população.

Conforme já mencionado no Capítulo I (item 1.4), a prestação de serviços de saúde no Brasil atualmente vem de dois setores: o público, que se caracteriza por ser coercitivo, realizado, principalmente, através de impostos e cotizações obrigatórias à seguridade social; e o privado, que permite ao usuário da saúde exercer sua soberania, através de pagamentos diretos a provedores de serviços e prêmios de seguros voluntários de assistência sanitária. Tradicionalmente, o setor privado é dividido em lucrativo e não-lucrativo. O segmento não-lucrativo é representado pelas instituições filantrópicas, principalmente as Santas Casas de Misericórdias que são geralmente vinculadas ao SUS. O setor privado não-lucrativo tem sido considerado como público não-estatal. O Estado vem construindo novas relações de contratualização, com o que se poderia denominar de quase-mercados, instituições que se ligam a um conjunto de inovações organizacionais (criação de fundações de apoio, instituições filantrópicas, organizações sociais, organizações de cooperativas de trabalhadores, associações, organizações não-governamentais, etc.).

A prestação de serviços pelo setor público não-estatal é terceirizada e o Estado passa a pressionar esses agentes a seguirem lógicas de obtenção de competitividade e de eficiência econômica em suas atividades para que possam receber os recursos do SUS. O setor público financia o setor privado (lucrativo e sem fins lucrativos), através de sistema de convênios (compra de serviços), respaldado por mecanismo constitucional (Art.199) de contrato de direito público (Costa, 2006). Portanto, trata-se de um modelo misto (público e privado), em que o Estado busca alterar o sistema de gestão pública da saúde, descentralizando as responsabilidades para os governos municipais, para instituições da sociedade civil, ao mesmo tempo em que fortalece os planos de saúde privados.

De acordo com Elias (1997), o acesso à saúde no Brasil é fragmentado e segmentado, da seguinte maneira: de um lado, os trabalhadores dos setores econômicos de ponta, e partícipes do processo de globalização econômica, ao lado das elites e dos setores dos estratos médios e altos da sociedade são cobertos pelo sistema privado de saúde; e de outro lado, subjaz uma massa ampla de

trabalhadores vinculados aos setores economicamente atrasados, e as camadas dos estratos empobrecidos, junto com os socialmente excluídos, os desempregados e os subempregados, dependentes de um sistema público de saúde cada vez mais deficitário quanto ao atendimento e ao acesso, e portanto socialmente injusto.

Para Gonçalves (2006), as dificuldades de acesso aos serviços hospitalares são causadas pelas dificuldades financeiras enfrentadas pelo SUS com relação à distribuição adequada das verbas necessárias e à colaboração efetiva por parte dos governos. Os recursos aplicados têm sido insuficientes para atender aos princípios de universalidade e integralidade. Uma das medidas para amenizar os problemas com o mecanismo de financiamento do SUS encontra-se na Emenda Constitucional nº.29/2000. Com esta emenda, desde 2001, nenhum estado ou município pode gastar menos de 7% de sua receita líquida com a saúde. Além disso, no período de 2000 a 2005 os estados são obrigados a aumentar progressivamente seus gastos de 7% para 12%, e os municipais de 7% para 15%.

Existem algumas controvérsias quando se tenta compreender a sistemática utilizada na composição dos recursos do setor saúde. Destacando o caráter transitório da interpretação legal, observa-se que há necessidade de normatização da matéria por lei complementar, também de interesse do gestor estadual, que substituiria, em caráter definitivo, a sua regulamentação, que tem sido feita por atos administrativos, editados pelo Conselho Nacional de Saúde ou pelo Ministério da Saúde, e que, na definição da hierarquia das normas legais, não possuem poder coercitivo e vinculante sobre os entes federados. Um bom exemplo é a Resolução nº 322, de 08-05-2003, do Conselho Nacional de Saúde, qualificada como diretriz para a aplicação da regra constitucional, sugerindo como dever do gestor aplicar o percentual constitucional. Sem força legal para obrigá-lo a agir de tal forma, considerando a preponderância da autonomia administrativa dos entes federados, que compõem a organização político-administrativa brasileira, caput do artigo 18 da Constituição Federal, que acabam não sendo cumpridos na prática.

Os hospitais filantrópicos, por disponibilizarem parte de sua estrutura ao SUS, são partes interessadas para que estes percentuais sejam cumpridos, tarefa que tem sido desempenhada pelas Federações, Sindicatos e Confederação dos hospitais (Teixeira, 2008 e Cherubin,1997). As organizações hospitalares do Vale do Rio Pardo são muito dependentes dos valores pagos pelo SUS. Por serem filantrópicos,

os hospitais disponibilizam 60% de sua estrutura para o SUS. Embora tenha feito importantes mudanças quanto a forma de cobrança, o SUS recebe permanentemente crítica, especialmente pelos baixos valores pagos. O Governo federal está investindo cada vez menos na saúde pública. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada — IPEA mostra que o Governo Federal gastou, em 2004, com ações e serviços do setor, por cidadão, cento e oitenta e nove reais e cinquenta centavos, uma queda de 11% em relação ao valor *per capita* de 1995, primeiro ano de consolidação do SUS. Ainda segundo o IPEA, o primeiro ano do Governo Luiz Inácio Lula da Silva, 2003, teve o menor gasto em saúde *per capita* desde 1995: R\$ 176. Em 2002, 52,9% dos gastos eram da União, contra 63%, em 1995, conforme estão demonstrados nos dois quadros a seguir, sobre a defasagem da tabela do SUS nos atendimentos em ambulatórios e os indicadores comparativos de alguns itens de consumo elaborados IPEA, conforme segue:

Tabela 03 - Defasagem da tabela SUS em relação aos custos das Santas Casas -RS

<b>Atendimentos em ambulatório</b>	<b>Custo R\$</b>	<b>Tabela R\$</b>
Consulta básica adulto (PAB)	18,37	2,04
Consulta básica pediatria (PAB)	12,36	2,04
Consulta em especialidade adulto	18,37	7,55
Consulta em especialidade pediatria	12,36	7,55
Emergência adulto	1.088,23	538,34
Emergência obstétrica	31,85	5,50
Urgência/emergência pediátrica	46,44	18,04
Raio-X simples (tórax PA)	32,36	4,91
Ultrassonografia ginecológica	76,97	7,05
Ultrassonografia abdominal total	137,17	10,50
Endoscopia – EDA	79,22	14,41
Diária de UTI - III	955,61	213,71
<b>Defasagem acumulada a partir do plano Real</b>		
<b>Indicadores e Itens de Consumo Comparativos</b>	<b>Variação até agosto 2005</b>	<b>Defasagem SUS até agosto 2005</b>
Tabela SUS (**)	37,30%	
IGP-M (FGV)	402,00%	265,62%
Inflação dos hospitais (**)	366,60%	239,84%
Gasolina (*)	493,84%	332,51%
Energia elétrica (*)	547,04%	371,26%
Comunicações (*)	616,14%	421,59%
Água (*)	523,99%	354,48%
Gás de cozinha (*)	612,75%	419,12%
Transporte urbano (*)	587,61%	400,81%
Remédios (*)	257,58%	160,44%

(\*) Fonte: UFRGS – Centro de Estudos e Pesquisas Econômicas – IEPE

(\*\*) Variações calculadas com base na realidade das Santas Casas do Rio Grande do Sul

O estudo do IEPE, embora não sendo atual representa uma importante evidência do porquê o SUS encontra dificuldades para conseguir profissionais, que queiram atender com tabelas tão defasadas, assim como; os impactos às instituições prestadoras que recebem abaixo de seus custos. Para Borba (2006), os problemas atuais enfrentados pela gestão dos hospitais filantrópicos, como os níveis elevados de endividamentos e a recusa ao atendimento, foram causados pela defasagem histórica das tabelas, por que com estes valores o SUS poderia inviabilizar econômico e financeiramente qualquer hospital que atendesse exclusivamente ao sistema. Com a dedicação de 60% do atendimento para SUS, os filantrópicos acabam tendo dificuldade para manter suas estruturas funcionais em perfeitas condições. Para aumentar o desafio, o prazo de recebimento das faturas também acaba elevando o custo financeiro das instituições que ficam obrigadas a buscar recurso em bancos para cumprir seus compromissos com folhas de

funcionários, fornecedores, etc. Outro fator é que nem sempre é possível manter linearmente um percentual de atendimento ao SUS em 60%, especialmente, nos casos de Urgência e Emergência, os hospitais acabam tendo que atender mesmo que já tenha extrapolado os 60%, o que acaba elevando ainda mais o prejuízo. Com apenas 40% dos pacientes conveniados e particulares, precisam equilibrar seus déficit. Conforme Christensen (2009), os custos da atividade, obrigatoriamente, precisam ter cobertura<sup>3</sup>, as instituições não têm como atender regiões que sejam exclusivamente pacientes do SUS, pois elevaria ainda mais o prejuízo.

As instituições representativas dos hospitais filantrópicos estão realizando movimentos junto aos entes públicos, solicitando a reposição das tabelas. O presidente da Confederação Nacional das Santas Casas de Misericórdia (CMB), Antônio Luiz Paranhos Ribeiro Leite Brito, nos informativos da Confederação, atribui que atual condição tem provocado prejuízos ao setor, com a defasagem das tabelas e a falta de reajuste sistemático na tabela do SUS. Recentemente foi criada uma Frente Parlamentar de Apoio às Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas pelo Congresso Nacional com o objetivo de rever os valores das tabelas. De acordo com o presidente da CMB, a defasagem na remuneração da tabela acarreta fechamento de hospitais, descredenciamento de procedimentos e redução no número de leitos, que de acordo com a Federação Brasileira dos Hospitais a redução para os conveniados do SUS foi de 9,1%. A tabela do SUS teve um reajuste de 46% desde 1994, enquanto o IGP-M, no mesmo período, indica uma inflação de mais 400%.

De acordo com dados da Federação das Santas Casas e Hospitais Benéficos, Religiosos e Filantrópicos do RS, são oferecidos 18mil leitos para o SUS e realizam 519 mil internações por ano. Em 2010, o atendimento para o SUS apresentou um déficit de R\$310 milhões. O custo efetivo dos hospitais no atendimento gratuito à população foi de R\$875 milhões e a remuneração não ultrapassou os R\$565 milhões<sup>4</sup>.

No meio de um cenário desafiador começam a surgir os sindicatos, associações, que são apresentadas como uma alternativa para as organizações hospitalares enfrentarem seus desafios, especialmente no pleito por seus direitos, objetivo pela qual começam a serem formadas as primeiras redes hospitalares,

---

<sup>3</sup> DISPONÍVEL em: <[www.cmb.org.br/biblioteca](http://www.cmb.org.br/biblioteca)> Acesso em: 22 fev. 2011, o informativo e a declaração do presidente do da CMB.

<sup>4</sup> DISPONÍVEL em: <<http://cmb.org.br>> Acesso em: 02 mar. 2011

como meio de garantir a sobrevivência dos hospitais filantrópicos (Gonçalves, 2006). As redes hospitalares organizadas pelo Estado com a regionalização do SUS apresentam estrutura muito coerente, conforme prevê artigo 198 da Constituição Federal de 1988, na prática ainda precisam resolver o básico, ser sustentável, pois simplesmente criar regras de regionalização, não forma os vínculos necessários para a rede hospitalar dar o atendimento aos que necessitam, pois as estruturas hospitalares não terão como custear este prejuízo. Para Santos Filho (1996), regionalizar serviços hospitalares não significa apenas distribuí-los espacialmente, mas sobre tudo organizá-los com o indispensável suporte de recursos que sejam suficientes para coberturas de seus custos.

De acordo com as normas do Sistema Único Saúde o atendimento é hierarquizado em três grandes eixos:

- a) **Atenção primária** – Atendimento voltado à promoção da saúde e prevenção às doenças mais comuns nas especialidades básicas.
- b) **Atenção secundária** – Tem como foco o atendimento ambulatorial e hospitalar nas especialidades básicas.
- c) **Atenção terciária** – Que atende as situações de maior complexidade.

Segundo Gonçalves (2006), o problema no sistema não está na falta de hospitais e sim o déficit de serviços ambulatoriais que deveriam ser prestados pelos postos de saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são, ou deveriam ser a porta de entrada para o sistema. Os pacientes seriam atendidos próximo das casas, receberiam as orientações e os cuidados preventivos. Somente os casos graves deveriam ser encaminhados ao hospital, atualmente o que ocorre são longas filas na porta dos hospitais de procedimentos que deveriam ser resolvidos na atenção primária.

**Urgência e Emergência** – Os usuários que estiverem passando por qualquer uma destas duas situações, urgência ou emergência, dificilmente irão pensar em remuneração, porque os pacientes e até os profissionais vocacionados pensam em tirar os pacientes desta situação de risco. Embora o bom atendimento seja importantíssimo, para completo êxito nos serviços, é exigido uma série de obrigações com pesados investimentos, em estrutura, pessoa e tecnológico, que ficam por conta dos hospitais. Segundo o relatório da Secretaria de Saúde do Rio



Grande do Sul de dezembro de 2010, o aumento do número de acidentes e da violência urbana, associada à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponíveis para o atendimento da população, conforme portaria MS/GM 2.048, de 05/11/02. Esta portaria aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, definindo princípios e diretrizes que devem nortear a implantação destes sistemas, além de estabelecer critérios para o funcionamento, a classificação e o cadastramento de serviços. Incluem ainda a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, a Regulação Médica das Urgências e Emergências, o atendimento pré-hospitalar, o atendimento pré-hospitalar móvel, o atendimento hospitalar, o transporte inter-hospitalar e a criação dos Núcleos de Educação em Urgências, a Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela Portaria MS/GM 1.863, de 29/09/03.

Uma importante alternativa para minimizar este pesado atributo delegado às instituições hospitalares, com a Portaria MS/GM 1.020, de 13/05/09, instituiu a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes regionais de atenção integral às urgências, definidas como Unidades de Pronto Atendimento (**UPAS**), e as Salas de Estabilização (**SE**).

**Unidades de Pronto Atendimento** - As **UPAS** deverão funcionar como estabelecimento intermediário entre as unidades básicas/saúde da família e a rede hospitalar, compondo a rede regionalizada de atenção às urgências. Elas serão classificadas de acordo com a população da região a ser coberta, dimensão estas, que definirão a capacidade instalada, o número de atendimentos médicos durante 24 horas, a composição da equipe de médicos plantonistas e o número de leitos de observação. As Salas de Estabilização – **SE** - são estruturas que funcionarão como locais de estabilização de pacientes para sua posterior transferência à rede de atenção à saúde. Estas devem ser localizadas em unidades que ocupem posição estratégica em relação ao suporte de remoção, funcionando como pontes de apoio ao atendimento, transporte e transferência de pacientes em estado grave. No Rio Grande do Sul foi pactuado com gestores municipais, pela Resolução CIB/RS 111/09, de 01/07/09, definiu as localidades onde serão implantadas as primeiras UPAs e SEs, contemplando sete macrorregiões do estado entre 2009 e 2010. A implantação das novas UPAs e SEs para os próximos anos, contarão com

planejamento específico e com a pactuação a ser firmada com os municípios.

Na prática, os pacientes que dependem do SUS acabam enfrentando dificuldades para o acesso para seu atendimento especialmente o que não oferece cobertura. O Governo tenta buscar na reforma do modelo sanitário e médico-social uma saída honrosa, e, sob a lógica da municipalização tenta empurrar para os municípios a responsabilidade de assistir integralmente a população. Também nos planos de saúde existem muitos questionamentos contra a indústria de geração de procedimentos médicos, altamente sofisticados, onerosos e geralmente desnecessários (Gonçalves, 2006).

Para Borba et al (2006), a solução para o impasse somente virá com a troca de experiência e emprego de metodologias funcionais, e no intercâmbio intersetorial, com troca de informações e de metodologias de gestão, com objetivos claros de disciplinar e implantar um Sistema de Assistência Gerenciada. Todos os setores públicos e privados urgem por uma mudança de paradigma na área da saúde, que busque novos métodos para incorporação e práticas imediatas dos programas de saúde, de tal forma que esses possam ser os elementos sinérgicos de um modelo efetivamente centrado na saúde e não na doença, prevenir antes de restaurar.

O equilíbrio econômico também pode ser oriundo de investimentos na base, na promoção da saúde, especialmente na coletiva, com prevenção de doenças e promoção de saúde, com métodos e programas coletivos eficazes e com informação e orientação social aos usuários, procurando com isso evitar as doenças e atuar diretamente na minimização dos custos assistenciais. Por isso, é essencial a atuação articulada e integrada nos sistemas de informações e inter-relacionamentos e, desta forma, também oferecer subsídios funcionais para desenvolver e implantar um processo amplo e efetivo de Assistência Gerenciada (LONDOÑO, MORERA E LAVERDE 2003).

No desenvolvimento da pesquisa, em cada instante, torna-se necessária a compreensão e análise de um amplo modelo assistencial, com definições dos papéis de cada um dos atores. O que acentua a importância da participação do Estado na atenção básica e coletiva de saúde e, essencialmente, na assistência hospitalar direcionada aos menos favorecidos, que dispõem exclusivamente do SUS (Borba, 2006). Para Costa (2006) o grande desafio é tornar as informações obtidas em instrumentos de trabalho para a construção de um novo modelo assistencial, que

atenda às reais necessidades de saúde da comunidade e que garanta espaços de efetiva participação social para exercer o controle social. Neste Complexo da Saúde também se visualiza o sistema médico-industrial privado e as empresas operadoras de planos e seguros de saúde, que fornecem serviços médico-hospitalares do setor privado da saúde, e que representam a assistência médica suplementar do sistema. É neste âmbito que se observa um grande crescimento, envolvendo modalidades de autogestão (organização de planos próprios pelas empresas), de medicina de grupo (operadoras de planos de saúde), cooperativas médicas (como as Unimed) e seguradoras de saúde. Todas estão reguladas pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

Portanto para o desenvolvimento de uma região é importante o seu estoque de ativos relacionais, neste aspecto, o Sindicato dos Hospitais do Vale do Rio Pardo, representa umas alternativas que embora embrionária, pode ser um importante passo para alternativas de atendimento mais racional. Com esta perspectiva, ativa o ciclo virtuoso e movimenta outros seguimentos, não só na assistência hospitalar, mas no comércio, na prestação de serviços, indústria, etc. A formação de redes hospitalares é uma estratégia já utilizada em alguns países, principalmente para vencer as dificuldades do setor, que possui custos incrementais e orçamento limitado, para isto a rede oferece atenuantes que minimizam o descompasso econômico (CHRISTENSEN, 2009).

### **3.2 A Rede Hospitalar do Vale do Rio Pardo - SINDHVARP**

O SINDHVARP está iniciando a caminhada na busca por alternativas, que proporcione novas dinâmicas e que tragam novas perspectivas para os hospitais associados enfrentarem suas dificuldades. A Associação como um agente externo parece constituir um fator importante para o sucesso das iniciativas de aproximação e de integração dos hospitais. Para Vale et al (2006), é importante ser um ator neutro, ao mesmo tempo comprometido com o sucesso de um dado território, possuir condições de aproximar organizações, concorrentes, quebrar a inércia ou a desconfiança que mantém os hospitais isolados e viabilizar a ações coletivas atuando como agente de conexão.

A Associação com uma agência de fomento do desenvolvimento hospitalar, com a missão de promover uma maior interação e cooperação entre diferentes atores, transformando-os em empreendedores de estratégias que ofereçam alternativas para os problemas de saúde da região. Quando se começa a perceber e a reconhecer a força da união, especialmente da atividade hospitalar, que pela natureza de sua atividade é absolutamente dependente das ações de diferentes redes, começam a ficar mais evidente as possibilidades que poderiam ser facilmente articuladas em conjunto, se não obstaculiza as estratégias que evidentemente existem, mais facilmente visualizaríamos as novas possibilidades, fazendo com que a região seja um centro capaz de resolver os problemas de saúde hospitalar da população.

### **3.2.1 A Região com um Centro Resolutivo**

Os hospitais Gerais possuem paradigmas organizacionais incorporados de um<sup>5</sup> período dominado pela medicina intuitiva, onde o hospital era essencialmente um centro resolutivo. À medida que o progresso tecnológico e científico possibilitou a criação de processos e tratamentos padronizados para distúrbios diagnosticados com precisão, os hospitais passaram a reunir, dentro da mesma instituição, processos que agregam valor e atividades de centros resolutivos, tornando-se organizações com pesadíssimos custos, especialmente os custos indiretos, que acabaram sendo exigidos para operacionalizar as atividades da assistência (RIVERA, 2003).

A exemplo das redes organizacionais, a região pode oferecer uma nova expectativa, por que o objetivo final sempre é restaurar, prevenir, pesquisar, para que os entraves ocasionados pelas doenças, sejam afastados. A alta hospitalar é o momento mais desejável por quem utiliza o serviço, quanto mais rápida, melhor; para que os pacientes possam volta para suas atividades normais, sem que os mesmos tenham que ir para uma outra região, centro, capitais etc. Ser um centro resolutivo é dar soluções às necessidades de saúde curativa na própria região.

---

<sup>5</sup> A Medicina Intuitiva utilizada no diagnóstico hospitalar, no período em que não havia recursos tecnológicos para uma medicina de precisão (RIVERA, 2003).

Para Christensen (2009), embora possa parecer utopia, esta é uma realidade perfeitamente possível, quando as organizações vencem o espírito individualista, acontece uma ruptura dos entraves, as barreiras comuns em muitos hospitais, que não estejam organizados em rede, para exemplificar, o autor utiliza o processo de montagem de um notebook, analisando os componentes de que ele é feito. Cada um dos componentes foi fabricado por uma empresa diferente: a Microsoft criou o sistema operacional, a Intel produziu o processador, a Seagate provavelmente fabricou o disco rígido e Samsung a memória flash, Nvidia provavelmente confeccionou a unidade de processamento gráfico, memória DRAM da Micron e por fim, a Sharp confeccionou o monitor. Embora o produto seja da marca DELL, foram compradas peças de empresa altamente especializada e que consegue ter preço e qualidade que a própria DELL não conseguiria, por que possuem estruturas enxutas com custos indiretos muito baixos. Isto é exatamente o oposto, do que ocorre nos hospitais gerais, que atendam a alta complexidade, onde os custos fixos e indiretos, conhecidos com serviços de apoio, são elevados.

A indústria na produção de bens, tem aprimorado rapidamente e permanentemente a eficiência na racionalização dos seus processos, seria uma análise míope e preconceituosa, não se visualizar um futuro diferente para a saúde, um objetivo tão fundamental, esperado e desejado por todos. A rede hospitalar ainda tem muito desperdício e excessos nos seus gastos, que segundo Christensen (2009), podem ser customizados com a integração, profissionalização e especialização das atividades hospitalares, minimizando os custos fixos especialmente os indiretos, considerados um dos maiores problemas dos hospitais gerais.

As estratégias utilizadas pelos hospitais filantrópicos, ainda não estão alicerçadas pela união de agentes com espíritos empreendedores, que sejam capazes de gerarem mudanças (Borba, 2006). Segundo Christensen (2009), esperar até que algum contingente de empreendedores independentes implemente o novo sistema, ou pedir aos governos para coordenarem as mudanças, levará muito tempo, e em muitos casos tem se mostrado ineficaz. A conclusão é que as entidades que mais provavelmente poderão levar efeitos com a formação da rede, são as que os gestores têm espírito cooperativo, empreendedores e integrado, não sendo mais

dependentes dos coordenadores governamentais e mais, que a forma de remuneração fosse fixada, pelos serviços prestados.

### **3.2.2 Formas de Financiamento**

A forma dominante de assistência hospitalar prestada, atualmente, baseia-se no sistema de pagamento por serviço prestado, o que coloca os provedores de serviços de saúde num caminho muito claro: “quanto mais serviços prestar, mais recebem”. Esta forma de financiamento é muito criticada, por que estimula os prestadores oferecerem um grande número de tratamentos, mesmos que sejam desnecessários do ponto de vista médico (CHRISTENSEN, 2009).

Os métodos de cobranças dos serviços hospitalares mantêm uma relação com os planos de saúde e seguradores, em termos de cobrança, onde o setor de faturamento hospitalar precisa se adaptar às tabelas próprias do comprador do serviço. Não existe uma padronização de cobrança, os valores são definidos a partir das tabelas fixadas e negociadas com os convênios, que são utilizados para fazer a cobrança de cada item utilizado no atendimento ao paciente. O setor de faturamento do prestador serviço relaciona todos os gastos com cada paciente e encaminha para o pagador. Este, por sua vez, confere todos os itens cobrados (audita a conta). Caso exista discordância na cobrança, efetua a glosa, ou seja, não faz o pagamento do valor faturado em sua totalidade, paga somente o que entende ser correto (GONÇALVES, 2006).

Os hospitais que pertencem aos <sup>6</sup>SINDHVARP têm como maior demanda dos seus serviços o Sistema Único de Saúde, disponibilizando no mínimo 60% do seu atendimento para o sistema. O processo de cobrança do SUS, também possui uma regulamentação própria a qual todos os prestadores contratados estão subordinados.

A regulamentação parte do Ministério da Saúde, que define a Gestão Financeira do SUS, através de um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integre o conjunto de ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e

---

<sup>6</sup> SINDHVARP - O Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Vale do Rio Pardo.

Municípios. Cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais. Na esfera federal são formuladas as políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional, financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados. Na esfera estadual, são formuladas as políticas estaduais de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível estadual, por fim, a política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS (COSTA, 2006).

Os hospitais, de acordo com a política hierarquizada do SUS, têm contrato para as ações especializadas ou de maior grau de complexidade, são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. O usuário é atendido de forma descentralizada, no âmbito do município ou bairro em que reside. Na hipótese de precisar ser atendido com um problema de saúde mais complexo, ele é referenciado, isto é, encaminhado para o atendimento em uma instância do SUS mais elevada, especializada. Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contra referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário. Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares (COSTA, 2006).

Os recursos para pagamentos dos serviços são realizados por repasses fundo a fundo, o pagamento é direto para os prestadores de serviços e a beneficiários cadastrados de acordo com o estabelecido em portarias, a transferência fundo a fundo caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros.

A remuneração por serviços não habilitados na Gestão Plena do Sistema, o pagamento é feito direto aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS nos estados e municípios. Destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informações Hospitalares e da produção ambulatorial registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais, contemplando ações de

Assistência de Média e Alta Complexidade, também observados os tetos financeiros dos respectivos Estados e Municípios. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura calculada com base na tabela de serviços do SIA e do SIH.

Os municípios habilitados na Gestão Plena, deveriam dispor de condições para ofertar, com suficiência e qualidade, todo o elenco de procedimentos propostos para a atenção básica, constantes dos Anexos 1 e 2 da NOAS – SUS, além dos serviços de média e alta complexidade, por meio de referências de sua população para outros municípios, segundo pactuação estabelecida. Para Gonçalves (2006), as regiões acabam sendo prejudicadas, porque os municípios considerados de referência para alta complexidade, acabam não querendo atender pela tabela SUS, devido a defasagem das tabelas em relação aos seus custos, sendo os pacientes encaminhados para região metropolitana, tendo que aguardarem para realização de seus procedimentos.

Segundo Christensen (2009), as regiões deveriam adotar remuneração fixa aos seus prestadores, por que isto estimularia os seus diretores a utilizarem uma gestão de forma mais agressiva na busca de alternativas mais baratas para a prestação dos serviços. A estratégia das organizações não seria de esperar os pacientes ficarem doentes para receberem sua remuneração, mas os hospitais seriam os maiores interessados em tratar preventivamente, através de todos os meios para que o paciente não fique doente. Haveria uma inversão na forma remuneratória, o ganho passaria da produção do tratamento para a prevenção da doença, onde todos acabariam ganhando. Os hospitais teriam o tamanho da estrutura fixa que a região poderia pagar.

Segundo o autor, a forma de pagamento remunerado pela cura da doença, não estimula os prestadores a trabalharem em ações para preveni-la e requer uma discussão séria sobre o tema. Somente uma ruptura do modelo atual de alto custo, poderá evitar que o sistema da saúde não mate a si próprio. A revisão e padronização dos custos com procedimentos pode ser um passo positivo, ao demonstrar o mais próximo possível os valores que seriam necessários para tratamento. A regionalização da saúde como um centro resolutivo integrado e de baixo custo, pode ser um passo importante para o desenvolvimento da atividade hospitalar. Outro aspecto importante seria incentivo regional para hospitais que trabalhassem em projetos de pesquisa e prevenção, atividade que acaba não sendo



desenvolvida devido as dificuldades financeiras consumidas pela atividade curativa, especialmente pelo seguimento filantrópico (LONDOÑO, MORERA E LAVERDE 2003).

Em resumo, na saúde os setores pagadores operam com limites orçamentários, ao passo que as contas dos prestadores são crescentes. Há um descompasso entre o montante dos recursos para o custeio em relação ao mesmo crescimento permanente dos gastos, alguém terá de pagar a conta ou trilhar novas estratégias. Atualmente, quem paga é sempre o usuário/contribuinte, que fica sem assistência com a qualidade que necessitaria e que de direito deveria receber.

### **3.2.3 Possibilidades com a Estratégia de Redes Hospitalares**

De acordo com o que falam os autores Gonçalves (2006), Borba (2006), Christensen (2009) e com base em experiências de dezessete anos como consultor hospitalar e como administrador hospitalar, relatam-se algumas das infinitas possibilidades, que surgiriam a partir de ações conjuntas dos hospitais, que queiram transformar sua região em um Centro Resolutivo de assistência hospitalar público não-estatal, alguns exemplos:

**a) CENTRAL DE COMPRAS** – Para os hospitais filantrópicos que são obrigados a atender o SUS, coordenar esforços para a saúde financeira é uma ação para a própria sobrevivência da instituição. Uma central de compra pode ser uma alternativa simples, ao mesmo tempo é uma estratégia absolutamente dentro dos interesses e necessidades que as organizações precisam, principalmente na minimização dos custos com materiais e medicamentos. Para um pequeno hospital do interior dificilmente conseguirá barganhar preços ou condições de pagamento com um grande fornecedor de medicamento, ao passo que uma região fazendo compra conjunta através de uma central, proporcionaria aos seus participantes, sócios, ganho em escala equivalente a grandes hospitais (GONÇALVES, 2006).

Uma prática muito usada, para facilitar e dinamizar as Centrais de Compras, são as plataformas eletrônicas, que oferecem estruturas tecnológicas com núcleo de inteligência de negociação que compõe processos de compra, como: padronização de contratos, processos de qualificação e avaliação de materiais, medicamentos e

de fornecedores. Normalmente, este é um processo com regras pré-fixadas, mas democrático, possibilitando aos hospitais e fornecedores cadastrados, que estejam dentro dos padrões de qualidade, para prestarem serviços hospitalares em conformidade com as legislações vigentes. Além da economia a transparência nas transações de compra, possibilidade e facilidade de acessibilidade das informações, são ferramentas oferecidas com os softwares de comércio eletrônico, que desenham uma nova performance aos setores de logística hospitalar (PORTER, 1991).

Os materiais e medicamentos são custos variáveis e diretos no atendimento dos pacientes, os bons resultados nas compras, acabam refletindo positivamente no resultado operacional. Por isso, o foco da logística hospitalar está na compra dos itens que pertençam à curva <sup>7</sup>A; ou seja, os itens que mais comprometem os custos hospitalares. Embora os hospitais trabalhem com uma variedade muito grande de insumos, os gastos mais expressivos estão restritos a um número pequeno de materiais e medicamentos, são estes os itens normalmente comprados nas centrais de compras, ou pela Internet, através de pregão eletrônico (GONÇALVES, 2006).

A utilização desta estratégia exige dos participantes a profissionalização e visão gerencial do processo de compras, que exige a evolução de simples compradores para negociadores, enquanto os fornecedores tornam-se parceiros. Isso significa uma mudança de cultura nos padrões tradicionais de negociação. Estimulando a padronização e integração dos profissionais dos hospitais para a realização de compras conjuntas com o auxílio de tecnologia aplicada ao negócio.

A possibilidade de criar comissões de padronização e avaliação de produtos e fornecedores, também será uma importante oportunidade de partilha das dificuldades vivenciadas por cada organização com fornecedores e produtos hospitalares, que não tenham qualidade necessária. As comissões de padronização passam a ser fiscalizadores e guardiões, forçando os fornecedores a serem mais eficientes, porque o descontentamento de um hospital poderá refletir na negociação com os demais. Portanto, a aproximação e a integração trazem muitos ganhos, frutos da partilha das experiências cotidianas, que são propriedades intelectuais que

---

<sup>7</sup> A curva ABC é um método de classificação de informações, para que se separem os itens de maior importância ou impacto. Trata-se de classificação estatística de materiais, considerando a importância dos mesmos, baseados nas quantidades utilizadas e nos seus valores (GONÇALVES, 2006).

só a vivência proporciona e que nestes ambientes acabam sendo socializadas com as demais organizações.

**b) MARKETING** – Os hospitais filantrópicos dependem financeira e economicamente de 40% dos seus serviços disponibilizados para pacientes que não sejam do SUS. O desafio é manter os clientes com potencial econômico fazendo seu tratamento, procedimento, na própria região; que os mesmos, não tenham que buscar outros centros. O *marketing* teria uma função informativa de disseminar as alternativas de tratamento do Centro Resolutivo, as novas possibilidades, a partir de uma rede integrada de hospitais parceiros e associados.

Os usuários, normalmente, não têm o conhecimento das referências e contra-referência, quem é, ou quem são responsáveis por seu tratamento. A boa comunicação com os usuários, passa ser interesse do grupo dos hospitais associados, direcionando os pacientes para os locais corretos para seu atendimento, de acordo com cada especialidade; ou seja, informar a capacidade resolutiva dos hospitais para toda a região de forma sistematizada e profissionalizada.

Os pacientes procuram outros centros, principalmente na busca por segurança do seu tratamento, o *marketing* teria a missão de minimizar as dúvidas dos pacientes, que normalmente, ficam inseguros com tudo, não entendem o quê, nem como, irá acontecer o seu procedimento. O *marketing* seria o interlocutor com o objetivo de eliminar as incertezas, comunicando em formato compreensivo para os leigos, as expectativas normais que antecedem o tratamento do Centro Resolutivo.

Conforme Lussari e Schmidt (2003), além de conectar o hospital com a região, outro fator seria a aproximação e a atração de novos profissionais médicos, que com a região teriam demanda equivalentes a grandes centros, as possibilidades que se gerariam a partir de escalas maiores de atendimento, onde nenhum local isoladamente seria capaz de gerar demanda para custear determinada especialidade, que acabam ficando restrito ao atendimento nos grandes centros.

O marketing, assim como a central de compras, poderia ser um atributo da Associação dos Hospitais que teriam interesse comum de divulgar os seus serviços.

**c) GESTÃO PARTILHADA** – Conforme Tigre (2006), as redes são vistas por várias correntes, teorias com uma alternativa para redução de custos, mas para as organizações hospitalares tão importantes quanto os ganhos meramente

econômicos, a troca de experiência entre os profissionais produz aprendizagens institucionais que beneficiariam diretamente no tratamento dos pacientes, como por exemplo:

- Partilha das experiências das técnicas/práticas médicas;
- Partilha de práticas e técnicas de enfermagem;
- Soluções para viabilizar as novas exigências legais especialmente da ANVISA;
- Práticas operacionais que aprimoraram a gestão, etc.

Uma das missões das organizações hospitalares é de estar sempre na busca de novas técnicas, que eliminem ou abreviem os sofrimentos dos pacientes, para Podolny e Page (1998) destacam que entre os benefícios auferidos por essas redes de empresas, destacam-se a aprendizagem, legitimação e *status*, além das vantagens econômicas. De maneira complementar, Child (2001) ressalta que mesmo aquelas redes que não foram estabelecidas com o objetivo explícito de gerar aprendizagem e troca de conhecimentos, acabam fazendo com que esta seja um subproduto para os envolvidos, uma vez que os conhecimentos e as experiências distintas são levados para as relações. Entretanto, quando a rede já é estabelecida com objetivos específicos de estimular a troca de conhecimentos entre os parceiros, aumentam as possibilidades de que isso efetivamente ocorra, dado que os envolvidos já estarão mais predispostos a investir nessa atividade.

A perda da posse e do mando individual para discussão com interesse coletivo é um grande desafio. Para Amaral (2002), a constituição de redes organizacionais questiona frontalmente as relações interpessoais e interinstitucionais de poder. Participar verdadeiramente de uma rede implica aceitar o desafio de rever as formas autoritárias de comportamento, às quais estamos acostumados e que reproduzimos. Vários autores, quando tratam da estrutura organizacional em rede, ressaltam que todos têm o mesmo poder de decisão, porque decidem somente sobre sua própria ação e não sobre a dos outros. Pode-se afirmar, portanto, que não há dirigentes nem dirigidos ou os que mandam mais e os que mandam menos. Todos têm o mesmo nível de responsabilidade, que se transforma em co-responsabilidade, na realização dos objetivos da rede.

Seja pela racionalização ou pela partilha de conhecimento, as novas possibilidades tecnológicas indicam, que a integração é a solução de muitos problemas enfrentados pelas organizações, que tenha como objetivo efetivo, ser solução em saúde para sua comunidade. Como um ciclo virtuoso que desperta as novas estratégias de uma região, sendo todos beneficiados, sem que ninguém tenha qualquer perda, a não ser o pensamento individualista. O processo de formação de redes organizacionais pode ser visto como a criação de laços flexíveis que permitem aos indivíduos e organizações atuar de forma ágil, trocando informações e se ajudando mutuamente, ao mesmo tempo aguardando que uma nova cultura de pensamento coletivo seja finalmente incorporada.

**d) SUSTENTABILIDADE** - As organizações hospitalares estão por força de lei, obrigadas a ter o gerenciamento conforme o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSSS), a resolução RDC nº 33 de 25 de fevereiro de 2003, que é baseado nos princípios da Vigilância Sanitária. A resolução consiste em detectar riscos, tomar medidas que eliminem, previnam ou minimizem esses riscos.

Segundo Londoño et al (2003), as instituições hospitalares são os maiores centros de produção de todos os tipos de resíduos: dejetos patológicos ou anatômicos, sangue e derivados, secreções, excrementos humanos infectados, partes e tecidos corporais, ataduras, sondas e cateteres, sobras de alimentos, materiais perfurocortantes, além de papéis e lixos de toda a ordem. Em geral, podem ser classificados, segundo: suas origens, capacidade de degradação, propriedades físicas, químicas, biológicas capazes de produzirem alterações na saúde das pessoas, aos animais ou no ambiente, ao entrarem em contato com eles.

Para cumprir as obrigações, é preciso um Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos (PGRSS), para isso são utilizadas muitas estratégias pelos hospitais para manter a motivação de seus colaboradores, o PGRSS é um treinamento obrigatório para todos os hospitais. Os efeitos do treinamento acabam por cair no esquecimento, com o ingresso de novos funcionários que ainda não foram treinados, acompanhantes dos pacientes, visitantes, fornecedores, etc. As organizações buscam manter o espírito de preservação aceso, com uma infinidade de idéias criativas.

Os sinais reativos da natureza favorecem o processo de conscientização e sensibilização, pois frente à morte, começa-se a refletir sobre a vida e, principalmente de como se esta vivendo. Percebe-se que integrados em um todo, diretamente ou indiretamente acabamos sendo atingidos pela degradação do meio ambiente. Sejam pelos reflexos econômicos, das secas, chuvas excessivas, nevascas, o que não falta são exemplos cada vez mais assustadores e mais próximos de todos.

Os sistemas de tratamento como incineração ou usinas, que transformam lixos hospitalares em lixo comum, são investimentos muito altos para apenas um hospital, na alternativa de rede, os incineradores, as usinas, empresas para segregação de lixo poderiam ser perfeitamente viabilizadas com a demanda de uma região, com custos mais acessíveis e resolvendo um problema de todos.

São várias possibilidades para resolver problemas comuns com a organização da rede, como por exemplo, a destinação de lâmpadas fluorescentes queimadas, onde a coleta individual por hospital tem um custo muito elevado. Uma rede de hospitais atrai e justifica serviços e produtos, que individualmente seriam inviáveis, como incineração, usinas de tratamento de lixo hospitalar, recipiente para descarte de lâmpadas, coleta e tratamento de metais pesados usados para revelação, filmes radiológicos, uma lavanderia central, uma central para esterilização a frio de materiais cirúrgico; enfim, o limite dependeria do espírito empreendedor de articular novas frentes sustentáveis ambientalmente e através da rede, economicamente (CHRISTENSEN, 2009).

**f) OUVIDORIA REGIONAL DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR** – Os desafios de implantação de um sistema de rede, não para na sistematização e organização da gestão propriamente dita, mas na comunicação desta com a população. Isto exige dois serviços importantes de ouvidoria e marketing como canais acessíveis, informando os responsáveis pelo atendimento, das dificuldades efetivas da população.

Uma Ouvidoria Regional seria o local pré-estabelecido, com técnicos preparados para ouvir, encaminhar os problemas apontados pelos pacientes, como instrumento de melhoria através do acolhimento da insatisfação dos usuários é o aprimoramento da gestão através da escuta, democratiza-se a gestão ao envolver os usuários como agentes de mudança institucional. Os hospitais já adotam esta

estratégia com os Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC) que utilizam os problemas apontados pelos pacientes, como fonte de aprimoramento e aprendizagem organizacional, proporcionando transformações na direção das empresas e nas práticas gerenciais (RIVERA, 2003).

Saber ouvir e transformar as críticas em oportunidade é um desafio das lideranças contemporâneas, de conduzirem todos os atores a uma cultura de aprendizagem organizacional de aprender a aprender. As estratégias de mudanças organizacionais tenham a correta visão de qual modelo de hospital se precisa no futuro, é necessário ocorrer uma alteração nos valores culturais e na capacidade de gestão, sendo capaz de romper os obstáculos da resistência a críticas e das reclamações. A continuidade e a qualidade do futuro de um hospital passa por um processo contínuo de escuta e de *feedback*, que proponha novos cenários com o pensamento estratégico compartilhado (RIVERA, 2003).

**g) CENTRAL DE RH** - Para Lussari e Schmidt (2003), a organização que quisesse entrar no século XXI teria de montar uma escola para formar os seus próprios profissionais de amanhã. Na atualidade, a formação vai muito mais além do que a formação apenas com os treinamentos tradicionais dentro dos hospitais, que visam apenas a um conteúdo específico, a necessidade de mão-de-obra precisa ser mais do que só especialistas. As novas habilidades e competências num ambiente em constantes transformações, que oferece a todo o momento desafios e oportunidades, precisa de profissionais capacitados e motivados para agirem proativamente.

O centro trabalharia no que efetivamente é a base de um hospital, seus recursos humanos, pois o que são as modernas tecnologias ou luxuosa hotelaria sem bons profissionais, apenas sucatas. Ter bons profissionais integrados à rede interna e externa, com rotinas de trabalho em todas as escalas hierárquicas como parte de uma poderosa orquestra, sincronizada com o ritmo da música de forma regional. Manutenção, lavanderia, higienização, compras, farmácias, laboratórios, enfim; todos os serviços de apoio, juntos com a assistência, integrados; porque todos são partes de um todo indissociável e sincronizados. A qualidade técnica e o engajamento de seus profissionais é o que produzirá diretamente os bons resultados na assistência hospitalar.

Portanto, seja pela importância ou pela demanda reprimida, a Central RH trabalharia na formação e capacitação da mão de obra dos hospitais, sendo para os associados da rede um custo menor, uma vez que seria uma estratégia, uma forma subsidiada de aperfeiçoar seus funcionários e de terem mais profissionais com formação na região.

O estudo é apenas uma pequena amostra das ilimitadas possibilidades da força conjunta, que se teria a partir da organização de um sistema de Rede Regionalizada, agenciada, motivada, através de um Comitê Gestor ou Sindicato, articulando novas possibilidades. A geração de novos serviços, como, por exemplo, recolhimento e segregação de lixo, lavagem de roupa, confecção de uniformes e roupas hospitalares, serviços de manutenção especializados em climatização, construção civil, possibilidade de contratação de um engenheiro clínico para orientação e avaliação de equipamentos, em fim, o limite estará na capacidade do comitê em articular estas forças e no espírito empreendedor de seus munícipes, uma vez que são os donos dos hospitais comunitários.

Não tem como pensar em saúde sem se considerar toda a rede de atores, que precisariam trabalhar juntos, por que respostas efetivas e desenvolvidas, só são possíveis com a integração. De acordo com o nível de integração desta grande rede, dependerão objetivamente todos os resultados. O melhor resultado virá quando todos do grupo fizerem o melhor para si e para o grupo. No próximo capítulo é a opinião dos gestores hospitalares, que pertencem ao sindicato, tentando compreender a visão dos mesmos sobre a estratégia das redes hospitalares com as suas oportunidades e dificuldades.



#### **4 A REGIONALIZAÇÃO E AS REDES ORGANIZACIONAIS NA VISÃO DOS GESTORES HOSPITALARES DO SINDHVARP**

Neste capítulo, analisa-se a visão dos gestores hospitalares, sobre a interação das instituições com o sindicato dos hospitais, as dificuldades e oportunidades com a participação, assim como a regionalização da assistência hospitalar, relacionando com as dinâmicas utilizadas nas redes organizacionais, identificando as dificuldades e os benefícios aos seus participantes, especialmente para os hospitais que fazem parte do SINDHVARP. Objetivo foi identificar com as experiências relatadas pelos seus gestores, questões práticas que validam ou invalidam os benefícios demonstrados nas análises bibliográficas estudadas, sobre as redes hospitalares.

Para este estudo foi utilizada a metodologia descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, para avaliação dos casos abordados. A técnica escolhida foi a da entrevista semiestruturada, com respostas abertas que seguiram um roteiro previamente estabelecido, cujo objetivo foi de ordenar o diálogo e o pensamento, tanto do pesquisador quanto do interlocutor (Anexo 01). Assim, na entrevista semiestruturada, as perguntas efetuadas aos gestores são predeterminadas (YIN, 2001).

O motivo pelo qual se optou por padronizar as questões, foi para que fosse possível comparar as respostas, sendo que as diferenças encontradas nas respostas, cabem às reflexões diferentes efetuadas pelos entrevistados, não havendo diferenças nas perguntas realizadas (YIN, 2001).

As entrevistas foram realizadas com os responsáveis pela gestão dos dois hospitais regionais, em que se teve a oportunidade de entrevistar: o Presidente da Associação dos Hospitais Filantrópicos, Presidente da Federação dos Hospitais do Rio Grande Sul, a Secretária de Saúde da Microrregião de Sobradinho, diretores de dois hospitais microrregionais. Todos os gestores hospitalares entrevistados fazem parte da Associação dos Hospitais do Vale do Rio Pardo. Também de forma complementar, entrevistou-se o consultor Internacional da Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar Pró-Saúde de São Paulo e o Presidente do

COREDE Jacuí Centro, com todos foram usados os mesmos questionários, após a explicação do objetivo de nossa pesquisa.

As entrevistas foram gravadas com a autorização prévia dos entrevistados, o que facilitou o diálogo e análise das informações, pois viabilizou a transcrição das mesmas na sua íntegra. A opção pelo uso do gravador residiu também no fato de que fazer anotações durante uma entrevista serviria para interromper e dificultar o fluxo da conversa.

Neste estudo de caso, as entrevistas foram submetidas a uma análise de tratamento considerando-as em sua totalidade. Os passos foram os seguintes:

a) Transcrição de cada entrevista, constituindo um texto único com as respostas de cada indivíduo representante do município pesquisado, colocadas de acordo com a ordem das perguntas fazendo uma análise horizontal de cada questão;

b) Com a transcrição e a repetidas leituras dos textos transcritos, foi possibilitada a apreensão de suas falas, o que sabem sobre as redes organizacionais, assim como sua visão sobre a aplicabilidade das dinâmicas das redes.

c) Interpretação das opiniões, relacionando as falas com as definições conceituais dos quesitos perguntados.

#### **4.1 A visão dos entrevistados**

Durante a realização das entrevistas, que ocorreu em cada um dos municípios com agendamento prévio, todos foram solícitos na recepção, com boa vontade para as entrevistas e assinaram o Termo de Consentimento, que autoriza a gravação e divulgação das respostas (Anexo 02). Dos municípios definidos para a aplicação do questionário, o único que não foi possível agendar a entrevista foi com o Hospital São Sebastião Mártir, de Venâncio Aires, após várias tentativas, verificou-se que a impossibilidade do Gestor em agendar a entrevista, era devido ao excesso de compromisso, pela crise que a instituição estava enfrentando, conforme divulgação na RBS em 02 de junho de 2011. Lamentou-se esse fato, por que o

Hospital São Sebastião Mártir faz parte do SINDHVARP, há setenta e seis anos respondendo pelo atendimento de uma microrregião de quatro municípios, os quais poderão ficar sem atendimento e também pela impossibilidade do relato de sua valiosa experiência ao estudo.

Para o presente estudo optou-se por explorar os dados, através da análise de discurso, sendo a modalidade de ação escolhida para a referida análise temática. A análise de discurso é uma importante ferramenta para as diversas relações que desejamos fazer em textos diversificados (CLARK, 1998). Cabe enfatizar que a análise de conteúdo visa à descrição objetiva e sistemática das informações encontradas, pesquisadas na literatura e/ou apuradas nas entrevistas, comparando-as com as definições conceituais dos temas questionados e a experiência de campo do pesquisador.

Nas entrevistas, os gestores hospitalares ressaltaram a importância da associação e de estarem vinculados ao sindicato, principalmente, nas negociações com as entidades de classe e com os convênios compradores dos serviços, principalmente o SUS, esta foi a resposta comum de todos os gestores, quando questionados por que as instituições optaram por participar do sindicato. Em todos os discursos há o reconhecimento da força associativa como solução para os problemas comuns, nos dissídios coletivos e como os pleitos por melhores remunerações dos convênios. Apenas um gestor acrescentou que a participação no sindicato é uma oportunidade de aprendizagem sobre os acontecimentos da área. *“Acho que é mais pela oportunidade de estar atualizado dos principais acontecimentos” (entrevistado III).*

Para o entrevistado “I” o sindicato está com uma visão limitada de suas possibilidades, estigmatizando a função do sindicato como preconcebido para negociar salário, para ele; é preciso rever estes conceitos, incluir perspectivas mais estratégicas, como auxílio efetivo em outros processos da gestão hospitalar.

O que precisa ser avaliado atualmente é que o sindicato não pode ser aquele membro que faz apenas uma simples relação, entre o sindicato patronal, versus sindicato dos empregados, o sindicato pode e deve aprimorar sua estrutura e oferecer através de núcleos próprios, de profissionais especializados, uma assessoria para seus afilhados, umas consultorias específicas em determinadas áreas. Terem núcleos, com objetivo de buscar melhorias na qualidade da aplicação dos recursos, na tomada de decisão. Com bom uso destes recursos minimizando custos, maximizando receitas e conseqüentemente melhorando o resultado.

A visão restrita das possibilidades oferecidas na rede organizacional foi relatada no capítulo III, quando se falou sobre a falta de conhecimento dos atores e a falta de interesse do Estado, em efetivamente resolver os problemas financeiros do SUS situação que expõe os usuários que dependam do sistema, além de colocar os hospitais e municípios em uma condição de conflito, onde cada um resolve o seu problema em particular (VALE, 2007).

Analisando a infinidade de possibilidades oferecidas nas dinâmicas das redes organizacionais, com os objetivos dos gestores hospitalares do sindicato, verificou-se que a adesão não é pela variedade, mas sim, por sua finalidade, em focar objetivos que são estratégias para a sobrevivência das instituições, como custo fixo com mão de obra, que normalmente é o maior gasto das instituições e a luta por maior remuneração dos convênios, especialmente dos SUS, que atualmente é o maior comprador dos serviços hospitalares da região (CHRISTENSEN, 2009).

Ao se analisar os porquês da participação dos gestores, verifica-se que estão centradas em estratégia de sobrevivência. Conforme Vale (2007) seria pouco provável, encontrar uma associação recém formada explorando todo seu potencial associativo, será necessário um tempo, obedecendo ao ritmo dos participantes, para implementarem outras estratégias, a exemplo das redes organizacionais. O desenvolvimento regional na assistência à saúde precisa mover, incrementar, todas as forças, porque o objetivo maior sempre terá que ser o paciente, ou melhor, a qualidade de vida das pessoas, que precisam dos serviços hospitalares (CHERUBIN, 1997).

A compreensão mais clara da percepção dos entrevistados sobre a participação no SINDHVARP, evidenciou-se com a questão: Quais são os maiores benefícios em participar da Associação? Desvantagens?

Foram identificados como desvantagens:

- Para o entrevistado "I", para chegarem ao consenso entre partes, acabam deformando boas idéias, pelo excesso de negociação e acordos, que acabam fugindo do projeto original.

- Os entrevistados "II", "IV" e "VI" colocam que as diferenças do porte, entre os hospitais, acabam afastando ou desviando, do que seriam o interesse da suas

instituições, temas que seriam fundamentais para um porte, para outro não é. Conforme o entrevistado “IV”: *“Seria uma incoerência tratar desiguais de forma igual”*. Para o entrevistado “VI” as diferenças dos hospitais, influenciam diretamente na postura dos seus diretores, que acabam posicionando-se de acordo com interesses de suas mantenedoras, de seus conhecimentos e experiências.

- Para o entrevistado “V” são as diferenças regionais de cada município, quanto ao PIB e a desorganização da regionalização. Para ele, a dificuldade em negociar representando um grupo de hospitais: a Unimed, as Coordenadorias de Saúde e os COREDEs são diferentes *“isso atrapalha na questão da representação dos interesses, acaba tirando o foco da negociação”*(entrevistado V).

Identificou-se como benefício:

- Para os entrevistados ‘III’, “IV”, apenas reafirmaram a força das decisões conjuntas das instituições *“o benefício está nas decisões em conjunto, junto ao sindicato dos empregados, dos fornecedores, ao estado e governo federal”* (entrevistado III). O entrevistado “IV” resume que a principal estratégia da criação do sindicato foi para ajudar no dissídio coletivo.

- Para o entrevistado “V” é uma oportunidade de aprendizagem com a troca de experiência e de informações entre os participantes dos acontecimentos da área hospitalar, seja da federação, ou até da confederação dos hospitais filantrópicos, que estão ligadas ao sindicato.

- Uma questão colocada pelo entrevistado “V” é que além do espírito de união, o sindicato evita uma exposição individual das instituições, frente a seus maiores problemas, especialmente junto ao poder público, o que poderia ocasionar retaliação, se fosse uma discussão individual.

Os entrevistados começaram respondendo sobre as dificuldades e desvantagens. As possibilidades foram colocadas depois de relatarem as dificuldades encontradas nas relações, fato observado com os setes entrevistados. Apenas três entrevistados reforçaram os pontos positivos, muito parecidos com os que foram respondidos na primeira questão. Na visão dos gestores, os fatores negativos estão mais presentes em todos os discursos, as possibilidades, a partir de alternativas conjuntas, pouco foi acrescentado ao que já tinha sido comentado na primeira questão, ou seja, a dificuldade obscurecendo as oportunidades. Nesta

questão, reforça-se a percepção das primeiras respostas em que o sindicato tem uma visão definida de sua atividade, suas perspectivas não ultrapassam estes objetivos, em que coloca o sindicato como defensor dos hospitais frente aos sindicatos classistas e aos convênios.

Na análise dos cenários atuais, quando questionados sobre os maiores desafios para o hospital atualmente, para todos os gestores hospitalares é cumprir as exigências da filantropia, disponibilizar 60% dos serviços para SUS, porque o convênio não é sustentável, o que acaba provocando desequilíbrio econômico e financeiro nas instituições. Conforme o entrevistado “I” *“O desafio da Gestão é fazer o pouco ser muito, isto é a racionalização dos valores, a aplicabilidade dos valores recebidos, precisam ser otimizados, este é o grande desafio”*. Para o entrevistado “VI” atender SUS com as atuais tabelas é uma tarefa impossível, *“com uma tabela que não é modificada desde 2008 e, em alguns casos, como traumato e neuro, que são os principais procedimentos de emergência de um pronto socorro, não tem reajuste desde 2007”*. Para o entrevistado, com tabelas tão defasadas, não tem como trabalhar custo suficientemente, capaz de compensar as exigências Ministério da Saúde, que não para de incluir normas, regulamentações, portarias, que são indiscutivelmente importantes, mas sem contrapartida financeira. A infinidade de normas expedidas pela Vigilância Sanitária é um grave problema apontado pelo entrevistado “III”, por que os recursos disponíveis dão apenas para a sobrevivência, não sobra para fazer as alterações que estão sendo exigidas.

A gestão de pessoas é outro desafio na opinião dos entrevistados “I” e “VI”, conseguir uma política para recursos humanos a médio e a longo prazo, porque a atividade hospitalar depende de seus ativos intangíveis, do conhecimento técnico científico, que atualmente acabam ficando relegados a segundo plano, dos provedores, presidentes, diretores de entidades, que com inúmeras dificuldades, acabam cumprindo apenas o básico e não conseguem investir em recursos humanos, seu mais importante patrimônio na visão dos entrevistados. Ainda na gestão de pessoas, o entrevistado “II” relatou que a maior dificuldade para seu hospital é conseguir médicos especialistas para atender pelo SUS e que aceitem residir no interior, *“não se consegue médicos especialistas, nem para atender o básico, como: ginecologista, obstetra, pediatra, etc”*.

Nos discursos dos entrevistados “V” e “VII” a dificuldade em expandir o atendimento para região é porque as organizações não têm recursos para investir em alta complexidade, o que é a maior necessidade da região e também mais rentável, este seria o diferencial para atrair pacientes de outras localidades ajudando no custeio. Na visão dos entrevistados, os hospitais que permanecerem como locais, atendendo somente seus municípios, terão grandes dificuldades para sobreviver. Na opinião do entrevistado “V” a descontinuidade dos responsáveis pelas políticas públicas e a desorganização da região, são situações que provocam muita insegurança aos gestores hospitalares, que pretendam investir *“uma certa desorganização da região especialmente do setor público dos serviços de saúde, os credenciamentos são feitos aleatoriamente conforme decisões políticas e não por critérios técnicos. Este fato acaba gerando insegurança, por que são feitos investimento, organiza o serviço, mas os gestores especialmente o Estadual e Federal, por não terem uma rede bem definida, acabam não dando apoio para o hospital, quando precisa de um credenciamento”*. A falta de continuidade e preparo dos entes públicos com secretários, foi outro problema apontado pelo entrevistado “II”, a falta de conhecimento dos participantes dos Conselhos Municipais, que acabam sendo figurativos, não sabendo qual é a real necessidade da comunidade para organizar o sistema.

Foi possível identificar que os gestores não estavam tão familiarizados com as estratégias utilizadas pelas redes organizacionais, fato que foi constatado quando questionados se as estratégias das redes organizacionais poderiam ser utilizadas para gestão hospitalar da região. Foi necessário explicar o que seriam estratégias de redes organizacionais para todos os entrevistados, sendo que após a complementação da pergunta, cinco responderam que sim. O entrevistado “V”, respondeu que poderia ser utilizada parcialmente e o entrevistado “IV” após a explicação do que seriam redes organizacionais, entendeu que não seria possível utilizar as estratégias, devido às especificidades de cada hospital.

Para os entrevistados “I” e “V” seria perfeitamente possível estabelecer uma rede, com natureza jurídica virtual e trabalharem complementarmente em uma região obtendo ganhos em escala, a filantropia seria mais um fator que contribuiria para facilitar a formação da rede. Para eles, seria fundamental organizar a rede assistencial e definir as especialidades médicas que cada organização atenderia,

acordando para não colidir os interesses por determinadas especialidades. Com os parâmetros de cobertura assistenciais definidos, de referência e contra referência, os hospitais trabalhariam focados em algumas atividades, mas com alta especialidade.

*Com isso, o sistema seria muito mais equilibrado, os hospitais sendo ótimos no que eles escolheram fazer, através das suas aptidões, não dois querem fazer tudo e fazer a meia boca. Este é um exemplo na rede assistencial, que daria para ter sucesso (Entrevistado I).*

Para os entrevistados “V” e “VI”, a falta de integração entre os hospitais e não ter uma rede hospitalar organizada são dois grandes problemas atuais do sistema hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul. Com isso, há uma sobreposição de investimentos que seriam desnecessários se a rede estivesse organizada. Para eles é uma forma de reação perante a atual situação dos hospitais, por que cansam de esperar por uma solução dos poderes públicos e acabam tentando soluções isoladamente. *“O que ocorre é que hospitais próximos acabam investindo nos mesmos serviços, quando a população de abrangência não justificaria” (Entrevistado V).*

Para o entrevistado “VI”, o sindicato, federação e confederação terão muito trabalho para implantar uma nova cultura, falta visão conjunta, os movimentos, as reivindicações são facilmente rompidas pelo interesses individuais, principalmente por que os hospitais estão com muita dificuldade e qualquer ajuda acaba mudando de lado. Para ele, os hospitais desconhecem a suas forças, *“juntos representamos 9% do PIB nacional e não temos a força que tem uma única unidade fabril”*, mas os convênios sabem desta fraqueza e usam propostas isoladas, para sempre desarticular as propostas que estão sendo feitas pelo conjunto.

Para os entrevistados “I”, “II”, “III” e “V” uma das estratégias seria organizar a região para fazerem compras através de uma central, por grupos de compras, de um grupo de fabricantes pré-selecionados, conseqüentemente pelo volume ganhar em escala, para o entrevistado “V” uma das dificuldades é por que o sindicato ainda não tem uma estrutura de apoio, para realizar estas tarefas.

A regionalização dos serviços hospitalares também foi consenso em todos os discursos dos entrevistados como uma estratégia a ser organizada, esta percepção foi relatada quando questionados sobre a visão institucional das possibilidades e



oportunidades regionais. Além de ser uma oportunidade, os entrevistados relatam que é uma necessidade para todos os hospitais que desejarem evoluir, especializarem-se. Na visão do entrevistado “V”, a região é formada por municípios pequenos e, a única forma de justificar investimentos em tecnologia e atender regionalmente, na visão geral dos entrevistados, serem regional é condição para o desenvolvimento da atividade hospitalar.

Para os entrevistados “I” “II”, a regionalização é a metodologia indicada para organizar o sistema assistencial. Os entrevistados repetiram as respostas dadas na questão anterior sobre as estratégias das redes organizacionais, pois para eles especificando a assistência de forma complementar, com os hospitais especialistas, proporcionaria uma economia para o sistema enquanto financiamento. O entrevistado “I” para exemplificar usou uma experiência como consultor em um grupo de hospitais de São Paulo *“No Alto Tietê onde hospitais eram especialistas, na realização de cirurgia em ortopedia, outro em ginecologia, obstetrícia. Esta regionalização possibilitou que a população fosse mais bem assistida, com soluções para as filas de esperas, pelo grande volumes que os hospitais especialistas conseguiam atender, por estarem prontos para realizar aquela atividade, sendo capazes de realizarem quatrocentos, quinhentos cirurgia de ortopedia mês”* (Entrevistado I). Para ele, é fundamental a participação do poder público, acompanhar permanentemente os conflitos, considerados normais nas inter-relações, principalmente nas questões de referencias e contra-referências. As regras precisam estar estabelecidas do primeiro e segundo atendimento, com isso bem organizado, a regionalização é boa para os pacientes e para as instituições hospitalares. Os entrevistados “II” e “IV” colocam a necessidade de parar com pulverização de investimento de forma desordenada e não conseguindo especializa-se em nenhum serviço *“não vamos competir entre nós, mas crescermos juntos”* (Entrevistado II). O entrevistado “V” complementa o mesmo pensamento, dizendo que seria possível inclusive compartilhar estruturas, para atenderem novas demandas de forma mais customizada.

Para o entrevistado “VI”, esta seria a forma dos hospitais pequenos, competirem com grandes hospitais das metrópoles. Ressalta que a pouca visão de futuro poderá impedir o desenvolvimento destas estratégias, por que será preciso abrir mão de certas fatias de mercado para outros hospitais, trabalhar de forma

complementar, transformar ameaças em oportunidades, as vantagens da regionalização, conforme os entrevistados reafirmam o que se relatou no capítulo II deste estudo.

Quando perguntado sobre qual a maior dificuldade para qualificar o atendimento à população na sua microrregião, o entrevistado “I” abordou a falta de visão dos gestores públicos, não conseguindo definir bem os critérios necessários para o atendimento, os hospitais acabam resolvendo os problemas, independente da cobertura ou pagamento, gerando acomodação do sistema público. Segundo ele, os gestores não têm experiência e não usam informações técnicas para seu planejamento das coberturas assistências para a população, estrutura necessária, capacidade instalada que o hospitalar deveria ter, acabam todos sendo considerados como hospitais gerais, mas ficam especialidades importantes sem cobertura. Para ele, o hospital precisa definir qual será sua contribuição para o Sistema Único de Saúde como filantrópico para uma região.

O segundo ponto colocado pelo entrevistado “I” é a dificuldade nas relações do hospital com o corpo clínico, necessidade de especialistas, segundo ele, esta é uma situação que precisa ser resolvida entre o gestor e o hospital, porque para os hospitais conseguirem médicos qualificados, acabam pagando muito mais do que recebem, tirando parte do que seria cobertura hospitalar.

O entrevistado “II” colocou três problemas muito importantes para os municípios menores: faltam técnicos de saúde que queiram trabalhar no interior; os profissionais que se apresentam, não têm formação adequada e os que são contratados assim que adquirem experiência, pedem demissão em busca de centros maiores para trabalharem. Para o entrevistado “VI”, é importantíssimo o investimento em Recursos Humanos, porque a mais avançada tecnologia, se não bem conduzida, o hospital continuará prestando um serviço de má qualidade. Para ele, uma boa evidência são os relatos dos pacientes *“os registros das ouvidorias, todas as vezes que os pacientes foram bem atendidos, eles reportam a atenção que tiveram do médico, da enfermagem, dos técnicos, do higienizador, recepcionista, da copeira e não da tomografia, das tecnologias do centro cirúrgico, se o bisturi elétrico era fantástico. Não são estes diferenciais que ele reconhece; mas sim, o conjunto do atendimento dos profissionais”* (entrevistado VI), a diferenciação esta no serviço recebido, principalmente pela qualidade do atendimento dos profissionais, por que

isso que faz a diferença, mas para ele as organizações ainda não despertaram adequadamente para este investimento.

A falta de recurso dos municípios foi a causa colocada pelos entrevistados “III”, “V” e “VI”, os municípios ficam impossibilitados de investirem mais e organizarem a assistência. A região é muito pobre, com PIB abaixo da média estadual, dependendo muito do SUS onde é disponibilizado em média 70% da estrutura hospitalar. Como a maioria dos serviços é deficitária pelas baixas remunerações do SUS, acabam não conseguindo profissionais para o atendimento. Conforme o entrevistado “V” *“algumas especialidades como neurologia e a traumatologia não conseguimos médicos que queiram atender, nós teríamos interesse, mas o valor é muito baixo e não tem como estruturar um serviço, especialmente médico, por que nenhum médico quer trabalhar pela tabela SUS na neurologia e traumatologia”* (Entrevistado V), então a baixa remuneração do SUS faz com que determinadas especialidades fiquem desassistidas.

Para o entrevistado “V”, um dos problemas é que a população não consegue compreender o processo, sua complexidade, os prestadores acabam sendo cobrados diretamente pela população a omissão do estado, que teria a missão de organizar de forma regional e prover os recursos necessários para assistência.

Indagados a respeito das estratégias a serem implementadas para desenvolver a assistência hospitalar na região, e quem seriam os principais responsáveis por estes processos, os entrevistados “I”, “III” e “V” afirmaram ser preciso definir bem as regras, estabelecer as parcerias entre os gestores públicos e os hospitais, *“Não vejo como só o hospital, ou só o gestor público possa resolver estes problemas é preciso quebrar alguns paradigmas, com referência as políticas públicas para resolver os problemas regionais,(Entrevistado I)”*. Para ele é preciso ter claro as estratégias pré-estabelecidas para assistir a população, com as metas físicas. As responsabilidades precisam estar calcadas na resolutividade, que cada hospital tem para resolver o problema do paciente. Para ele, os sistemas de referência e contra-referência, ainda precisam melhorar muito no Brasil, para não replicar gastos no mesmo paciente, em uma mesma região.

Segundo o entrevistado “I”, as normas do SUS foram bem elaboradas, por técnicos que conheciam o que estavam fazendo, mas infelizmente o praticado é muito diferente, o sistema apresta fragilidades que são percebidas na sua aplicação,

faltam informações básicas para os gestores decidirem com mais segurança. Segundo o entrevistado, o Sistema Único de Saúde precisa de planejamento, reorganização do plano assistencial e com dados técnicos, tomar as decisões necessárias.

Para o entrevistado “II” e “IV”, são muitos os investimentos feitos de forma equivocada, desperdiçam dinheiros que poderiam ser canalizados em ações que dariam efeito para a população. Para o entrevistado “II”, o problema está na falta de discussão com quem está vivendo o problema, as decisões são tomadas por pessoas que não são técnicos especialistas da área, *“os Conselhos Municipais de Saúde, são muito pouco atuantes, por que as pessoas que realmente debatem e decidem, não são do setor saúde e nem sabe o que estão fazendo lá”*. Nesta afirmação, transparece a incompatibilidade dos fiscalizadores do SUS, com os gestores hospitalares, que a rigor independentemente de suas avaliações quanto às habilidades e competências dos conselheiros, podem representar mais uma barreira para o desenvolvimento da assistência hospitalar e para a formação das redes.

Para o entrevistado “III”, já é evidente que as tabelas do SUS não são suficientes para manter os serviços, *“por que a tabela não cobre os custos”*, portanto é preciso parar com demagogia e estudarmos uma forma de complementar estas tabelas, atribuído como sendo este o principal motivo dos médicos e hospitais não quererem mais atender pelo sistema.

A área da Saúde é desorganizada, para o entrevistado “V”, não há rede assistencial eficiente, como o maior comprador dos serviços são os Gestores públicos do SUS, eles próprios desarticulam as regiões e, juntos, hospitais, pacientes e gestores públicos acabam vivendo os problemas. Para ele falta continuidade das estratégias, devido à mudança dos secretários de saúde, não há tempo suficiente para os mesmos obterem aprendizagem, que fossem suficientes para resolver os problemas da área. Nas pesquisas de opinião, a saúde sempre é prioridade, mas como políticas públicas de investimento, nunca foi colocado, o que gera permanentemente várias carências, que são transferidas para diversos atores devido a falta de recursos.

Para os entrevistados “V” e “VI”, a estratégia de rede poderia resolver um grande problema regional, *“Temos ainda a questão do individualismo em que cada instituição age de acordo com seus interesses individuais”* (Entrevistado V), para ele,

a rede seria uma forma de aprendizagem dentro de uma nova estratégia, o que falta são informações e evidências técnicas para se avaliar este novo cenário. É fundamental o auxílio dos gestores públicos, que acabam sendo os maiores desarticuladores das regiões, por que a regionalização do SUS não é sustentável.

Para o entrevistado “VI”, a principal estratégia esta no desenvolvimento de recursos humanos, com cursos de formação de gestores, pessoas que estejam capacitadas para uma mudança do cenário atual *“o investimento teria que ser em capacitação, formação de trabalhadores para a área da saúde, sem distinção de públicos ou privado, mas uma formação para ações conjuntas, por que a saúde é uma coisa só e todos são importantes”*. O objetivo seria trabalhar junto com o Ministério da Saúde, que auxiliaria como subsidiário desta estratégia, dando formação aos profissionais para a atenção efetiva de saúde. Para ele, a saúde não pode ser vista de forma fragmentada, o hospital precisa estar envolvido com o que acontece fora de seus muros, assim como os gestores públicos precisam se sentir responsáveis pelas organizações hospitalares, que embora privadas, prestam um serviço público que é obrigação do estado. O entrevistado reforça aspectos demagógicos com falácias que não correspondem à realidade *“a saúde é um direito universal”* e que alimentam inverdades para os usuários, porque a saúde não é universal, e sim orçamentária, e está subordinada a um orçamento, que o próprio Ministério da Saúde reconhece como insuficiente.

Por fim, quando questionados se gostariam de fazer alguma complementação, os entrevistados fizeram as seguintes considerações:

Na visão do entrevistado “I” é importante aprofundar os estudos, as evidências sobre esta problemática, aprimorar todo o planejamento para saúde e cumprir os percentuais previstos em lei, teria que se repensar o SUS na sua aplicação prática e não apenas ficar preso a conceitos e normas, mas que não conseguem ser implementados e, esta reavaliação pensando nos usuários que não conseguem atendimento pelo sistema.

Para o entrevistado “III”, os problemas envolvendo a traumatologia precisariam ser revisto urgentemente, esta especialidade precisaria ser enquadrada na alta complexidade e ter melhor remuneração.

A união, como uma forma de solução aos desafios dos hospitais, foi reforçada pelo entrevistado “V”, com tantos desafios cotidianos as instituições acabam perdendo este foco e as oportunidades oriundas de ações integradas, cada um luta apenas com seus recursos de forma individualista, enquanto as alternativas de médio e longo prazo, de formam integrada, é que dariam sustentabilidade para o grupo. Falta, atualmente, uma estrutura de apoio, para que o sindicato consiga mais informações, trabalhar com dados mais técnicos e assim progredirmos, não apenas como associação, mas numa estratégia de rede. Com um pensamento muito próximo o entrevistado “VI” complementa esta idéia *“Temos que parar de mendigar e nos estruturarmos para cobrarmos de forma organizada e, em conjunto o que é preciso para a saúde”*.

No discurso do entrevistado “V”, os gestores hospitalares do sindicato estão hoje com a pressão pelo não-atendimento de pacientes do SUS em suas Emergências/Urgências, onde os pacientes acabam sendo transferidos para outros locais, ou após serem retirados da emergência com o primeiro atendimento, acabam entrando na fila de espera, para fazerem seus procedimentos definitivos. Esta é uma situação cômoda para o poder público que diz que os hospitais são pagos para atender, os hospitais dizem que os valores pagos pelo SUS são insuficientes para cobrirem os custos. Aumentando os valores das tabelas e com o interesse dos hospitais por pacientes do SUS, a pressão mudaria de endereço e passaria para o poder público que atualmente exerce uma situação mais cômoda transferindo a responsabilidade.

Portanto, nas respostas os gestores hospitalares demonstram uma unidade de pensamento, quanto à dificuldade para continuarem atendendo ao SUS, que atualmente é o maior comprador dos serviços hospitalares da região. A falta de unidade dos participantes é uma das dificuldades para ampliar as estratégias da associação. Sem contar com auxílio do poder público, apenas com ajuda de suas comunidades locais, cada um isoladamente, acabam fazendo pesados investimentos para permanecerem nos cenários de forma competitiva.

Os gestores hospitalares, demonstraram certo desconhecimento das possibilidades oferecidas nas dinâmicas das redes organizacionais, ficando quase todas as respostas, restritas a central de compras. Mas todos reconhecem a importância da associação, principalmente na defesa de duas questões vitais para

os hospitais: negociações de salários, tabelas dos convênios. Estas parecem ser as estratégias do sindicato, que não possuem estrutura própria para operacionalizar outras atividades.

A sustentabilidade é o principal problema apontado pelos gestores, que são agravados com a disposição dos agentes públicos em criarem obrigações sem contrapartida financeira. Com valores defasados e insuficientes para cobrirem os custos, profissionais e instituições perdem o interesse pelo SUS, limitando o atendimento apenas para cumprir a parte legal exigida pela filantropia de 60%. Como os hospitais possuem custos que são incrementais e a demanda sempre crescente, o estrangulamento das tabelas é a estratégia utilizada pelos Governantes de manter, limitar a produção dos serviços hospitalares, mas que sabidamente são insuficientes.

Os hospitais, que pertencem ao sindicato, são empresas privadas cuja sobrevivência e desenvolvimento de seus serviços dependem unicamente de sua atividade. Deixar de atender pacientes sustentáveis, não seria uma lógica para este seguimento, ao mesmo tempo em que a correção das tabelas nos patamares julgados pelas organizações hospitalares como sendo necessários, não só elevaria os gastos do que está sendo feito, como seria difícil conseguir pagar o aumento, quando os hospitais comesçassem a atender a demanda reprimida do SUS. Conforme os capítulos anteriores, enfrentarem dificuldade parece ser uma realidade histórica dos hospitais filantrópicos, que já são centenários nesta missão, quando estão agonizando, o poder público acaba tendo que agir ou assumir sua obrigação que fora delegada, resolvendo pontualmente algumas calamidades, com uma política intervencionista e não planejada.

As estratégias das redes, além de não serem conhecidas de forma aprofundadas pelos gestores, encontrariam nas comunidades a resistência do novo, os proprietários dos hospitais, que com sacrifício construíram e tentam manter o patrimônio. Com a rede, estes teriam que abrir mão ou partilhar com outros donos, este cenário desconhecido, coloca as comunidades com o falso sentimento de perda.

A regionalização da saúde é bem vista por todos os entrevistados, entendendo que esta é uma excelente estratégia, porém, regionalizar o SUS; ninguém quer. Principalmente, porque a saúde é municipalizada e os valores

complementares que as instituições pagam para algumas especialidades é para atenderem seus municípios. Outro fator é a desorganização das regiões, sendo mais uma barreira para pactuarem ações conjuntas.

As entrevistas realizadas foram oportunidades de aprendizagem sobre o estudo, com uma riqueza de informações, pode-se compreender melhor a realidade e as dificuldades vivenciadas pelos diretores hospitalares, que já acumulam longos anos na coordenação das organizações. Todos os gestores possuíam formação ou especialização na área, o que possuía menos tempo de experiência, já estava há cinco anos na função e o que possuía mais tempo já estava há vinte e um anos como gestor da organização.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hospitais, a partir do século XV, foram considerados comunitários e indispensáveis, foi também quando houve o envolvimento dos entes públicos como responsáveis. Até então as instituições proviam com auxílio de suas comunidades o que era possível para atender os segregados da época (Cherubin, 1997). Contemporaneamente, no Brasil as precariedades destas organizações continuam, especialmente porque ainda não são aplicados, pelo poder público, os percentuais legais na saúde. Com orçamentos apertados, há permanentes conflitos entre os técnicos que estão na linha de frente, principalmente as redes básicas, com as emergências e urgências hospitalares.

As tabelas do SUS, consideradas defasadas pelos gestores, não são sustentáveis e em algumas situações podem inviabilizar as instituições. Em contrapartida, as tabelas julgadas coerentes pelas instituições para prestarem um serviço de qualidade para SUS, seguramente estimulariam a internação e aumentariam sobremaneira as despesas do sistema, uma vez que possuem uma demanda reprimida (Borba, 2006). Em nossa análise, deveria ser revista a forma de financiamento, que hoje remunera pela doença, os hospitais após apresentarem suas faturas recebem os valores que atualmente dizem ser insuficientes. A não correção das tabelas não é por desconhecimento do poder público, mas sim porque, se as corrigirem, não terão como bancá-las.

Sobre as estratégias utilizadas nas redes organizacionais e a regionalização, embora todos os entrevistados reconheçam seus benefícios, na prática todos teriam resistência para regionalizar atendimento para o SUS. A regionalização já foi definida pelo estado e no campo filosófico está razoavelmente bem elaborada. Como a saúde está municipalizada, os municípios bancam o prejuízo do SUS, especialmente com os profissionais médicos, apenas para seus municípios, mas não conseguem atender à região sem complementação das tabelas.

A estratégias de redes organizacionais e de prevenção são atividades que poderiam ser desenvolvidas pelo hospital e que reduziriam expressivamente os gastos com saúde. Outra função importante seria a pesquisa, pois os dados epidemiológicos são informações estatísticas à disposição dos hospitais, uma

informação valiosa para desenvolverem pesquisas em todos os tipos de prevenção, orientação e conscientização da sociedade, seria uma ferramenta para se evoluir na redução e prevenção de doenças.

Além de corrigir as tabelas atuais, o SUS buscando o desenvolvimento regional da assistência hospitalar, poderia remunerar os prestadores com valores fixos e por região, não remunerar os serviços por produtividade, mas com um novo formato, voltado para prevenção e pesquisa. Recebendo valor fixo por orçamento, o hospital passaria de adversário para parceiro da rede básica, porque o ganho estaria em não internar. Outra motivação é a possibilidade de trabalhar a assistência hospitalar de forma complementar, tornar-se especialista e no formato de rede, reduzindo os custos e aumentando a rentabilidade, mas principalmente, ganhando em qualidade de vida para população.

A remuneração fixa por orçamento teria sua regulamentação direcionando incentivos, especialmente para pesquisa e prevenção, tema que precisará uma nova pesquisa complementar, mas que pelas evidências até o momento parece ser o caminho mais motivador para desenvolvimento, não apenas dos hospitais, mas do sistema como um todo. Seria uma forma do poder público descentralizar, partilhar as responsabilidades, envolvendo os técnicos da área, com a missão de serem criativos para fazer das regiões centros resolutivos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. P. *O Hospital Reinventado*. Exame São Paulo, São Paulo, Maio, 2001.
- AMARAL, Vivianne. *Desafios do trabalho em rede*. Rede de Informações para o Terceiro Setor, 2002.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras e Letras, 1991.
- BENKO, Georges. *Economia, espaço e globalização na aurora do século XXI*. Tradução de Antônio de Pádua Danesi. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BITAR, O. J. N. V. *Administração do Hospital do próximo milênio*. O Mundo da Saúde, 1997.
- BORBA, Valdir Ribeiro. *Do Planejamento ao Controle de Gestão Hospitalar*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.
- BOISIER, S. *Teorias Y metáforas sobre desarrollo territorial*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Anuário Estatístico da Saúde do Brasil – 2001*. Recursos Físicos. 2001. Brasília. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>>.
- CASTELLS, Manuel. *A Sociedade em Rede - a era da Informação: economia, sociedade e cultura*. 6. ed. Traduzido por Roneide Venancio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CASTELLS, M. *A sociedade em Rede – a era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- CARVALHO, M. C. B. *Avaliação Participativa – Uma escolha metodológica*. São Paulo. Cortez 1999.
- CECÍLIO, L. C. O. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Cad. Saúde Pública, 13 (3), Setembro 1997, p.469-478.
- CLARK, Katerina. *Mikhail Bakhtin*. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- CHERUBIN, Niversindo Antônio; SANTOS, Naírio Augusto dos. *Administração Hospitalar: Fundamentos*. São Paulo: Cedas, 1997.
- CHRISTENSEN, Clayton M. *Inovação na Gestão da Saúde*. São Paulo: Artmed, 2009.

CHILD, J. Learning through strategic alliances. In: DIERKES, M. et al. *Organizational Learning and knowledge*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

CORREIA, Fernando da Silva. *Estudos sobre a história da assistência: origens e formação das misericórdias portuguesas*. Lisboa: Henrique Torres, 1944.

COSTA, Maria A. Nunes. *Mudanças empresariais no Brasil Contemporâneo: O investimento social privado na saúde é uma nova forma de solidariedade*. (Tese de Doutorados). Rio de Janeiro. UFRJ, 2006.

CHERUBIN, Niversindo Antônio; SANTOS, Naírio Augusto dos. *Administração Hospitalar: Fundamentos*. São Paulo, Cedas, 1997.

CRESWELL, JOHN W. *Qualitative Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications, Londres, 2003.

DRUCKER, P. *Desafios gerenciais para o século XXI*. São Paulo: Pioneira, 1999.

Elias PE. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PE. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2ª ed. São Paulo: Cortez/Cedec; 1997. p.200.

ETGES, Virgínia Elisabeta. A Região no Contexto da Globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In: VOGT, Olgário e SILVEIRA, Rogério. *Vale do Rio Pardo: (re)conhecendo a região*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.

GITTELL, J.H. & WEISS, L. *Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-Level Framework*. Journal of Management Studies: 01 janeiro, 2004.

GOES, R. *Manual prático da Arquitetura Hospitalar*. São Paulo. Edgard Blucher, 2004.

GONÇALVES, Ernesto Lima. *Gestão Hospitalar*. São Paulo: Saraiva, 2006.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. *Revista de Administração de Empresas*, 1998.

KELLY, K. A nova biologia dos negócios. In: *Repensando o Mundo*. São Paulo: MAKRON Books, 1998.

KLARMANN, Herbert. *Região e Identidade Regional: um estudo da espacialização e representatividade regional no Vale do Rio Pardo*. (Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional). Santa Cruz do Sul-RS: UNISC, 1999.

LISBOA, T. C. Breve histórico dos hospitais: da antiguidade à Idade Contemporânea. *Notícias Hospitalares*. São Paulo, ed. 37, junho/julho 2002. Encarte Especial.

LONDOÑO, M; MORERA, G; LAVERDE, P. *Administração Hospitalar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

LUSSARI, W. R.; SCHMIDT, I. T. *Gestão Hospitalar Mudando pela Educação Continuada*. São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

MACHADO, Roberto. *A medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

MARCON, C. MOINET, N. *Estratégia – Rede*. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

MENDES, E.V. *Os Grandes dilemas do SUS*. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MEZOMO, João C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo, 1995.

MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. *O processo da estratégia*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MIRSHAWKA, Victor. *Hospital: fui bem atendido*. São Paulo. Makron. 1994.

MOURA, A; VIRIATO, A. *Gestão Hospitalar*. São Paulo. Manole, 2008.

OLIVA, F. A; BORBA, V. R. *Balanced Scorecard, Ferramenta Gerenciais para Organizações Hospitalares*. São Paulo: Látria, 2004.

OLIVEIRA J; MELHADO, S. B; *Coordenação de Projetos de Edificações: Organização e Gestão de empresas de projeto*. São Paulo: O Nome da Rosa, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A transformação da gestão de hospitais na América latina e Caribe*. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PAIM, J.S. & ALMEIDA. F.N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PODOLNY, J. M.; PAGE, K. L. *Network forms of organization*. Annual Review of Sociology, 1998.

PORTER, Michael E. *Vantagem Competitiva: Criando e sustentando um desempenho superior*. Tradução de Elizabeth Maria de Pinto Braga. Revisão Técnica de Jorge A. Garcia Gómez. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

PROBST, G.; RAUB, S.; ROMHARDT, K. *Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso*. Tradução, Maria Adelaide Carpigiani. Porto Alegre: Bookman, 2002.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

SANTOS, Milton. *Economia Espacial: Críticas e Alternativas*. 2 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

SANTOS, M. Guerra dos Lugares. Áreas inteiras do Brasil têm sido retiradas do controle do país. *Especial para a Folha*. Publicado em 08 set 99 no caderno Mais! Folha de São Paulo. São Paulo, 1999.

SANTOS FILHO, Milton. *Finanças locais e regionais*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SENGE, P. M. *A dança das mudanças*. Os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SECRETARIA DA SAÚDE, RS. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2009 – 2011. Coordenação, Assessoria Técnica e de Planejamento – ASSTEPLAN 2009.

SIEDENBERG, Dieter R.; WESENDONCK, Cláudia Cristina; ALLEBRANDT, Sérgio, DAL RI, Marlene K. *O Processo de Participação Popular (PPP) e os COREDES como fatores de desenvolvimento socioeconômico regional: uma relação profícua?* Artigo submetido e aprovado no IV Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional. Santa Cruz do Sul - RS, 2008.

TEIXEIRA, J. *Assuntos Hospitalares na Visão Jurídica*. São Paulo: Pró-Saúde, 2008.

TIGRE, Paulo Bastos. *Gestão da Inovação: A Economia da Tecnologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

VALE, Gláucia Maria Vasconcellos. *Territórios vitoriosos: o papel das redes organizacionais*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1998.

YIN, ROBERT K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WEIGELT, Leni Dias. *Política Pública de Saúde: Um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo-RS*. (Tese de Doutorado em Desenvolvimento Regional). Santa Cruz do Sul- RS: Unisc, 2006.

## ANEXO 01

## QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

## a) INFORMAÇÕES DO PRIMEIRO EXECUTIVO DO HOSPITAL

O primeiro executivo de uma organização é aquele que responde diretamente aos proprietários, conselho de administração, ou órgão responsável pelo comando desta unidade. Podendo atuar como os Cargos: Presidente, Diretor Geral, Diretor Executivo, Diretor Administrativo ou Diretor Médico. Esta Pesquisa quer levantar as informações deste profissional, o executivo principal desta organização.

- 1) Nome: \_\_\_\_\_
- 2) Cargo que Ocupa: \_\_\_\_\_
- 3) Formação profissional: \_\_\_\_\_
- 4) Tem curso de especialização em Gestão Hospitalar: ( ) Não ( ) Sim
- 4.1) Nome da instituição: \_\_\_\_\_
- 4.2) Ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 5) Quantos anos no setor? \_\_\_\_\_
- 6) Quantos anos na Instituição? \_\_\_\_\_
- 7) Quantos anos no cargo? \_\_\_\_\_
- 8) A quem se reporta para tomada de decisão? \_\_\_\_\_
- 9) Idade? \_\_\_\_\_

## b) INFORMAÇÕES DO HOSPITAL

- 1) Nome da Instituição: \_\_\_\_\_
- 2) Níveis de Faturamento Mensal

Nível	De R\$	Até R\$	Opção
1	1,00	100.000,00	
2	100.001,00	200.000,00	
3	200.001,00	400.000,00	
4	400.001,00	800.000,00	
5	800.001,00	1.600.000,00	
6	1.600.001,00	3.200.000,00	
7	3.200.001,00	6.400.000,00	
8	6.400.001,00	Infinito	

- 3) Tipo de propriedade:      Pública ( )      Particular ( )      Filantrópico ( )
- 4) Quantos anos a organização trabalha para comunidade com casa de saúde? \_\_\_\_\_
- 5) Número de leitos ativos: \_\_\_\_\_
- 6) Número de funcionários: \_\_\_\_\_
- 7) Número de médicos pertencentes ao corpo clínico: \_\_\_\_\_
- 8) Total de pacientes dia: \_\_\_\_\_
- 9) Percentual de ocupação: \_\_\_\_\_
- 10) Abrangência do atendimento (municípios, coordenadorias, regiões etc): \_\_\_\_\_
- 11) Percentual de atendimento SUS: \_\_\_\_\_
- 12) Percentual de atendimento convênios: \_\_\_\_\_

- 13) Particulares: \_\_\_\_\_  
14) A instituição pertence a qual COREDE? \_\_\_\_\_  
15) Qual Coordenadoria de Saúde pertence da Instituição? \_\_\_\_\_

**c) SOBRE O TEMA**

- 1) Por que a instituição optou por participar do sindicato?
- 2) Quais são os maiores benefícios em participar da Associação? Desvantagens?
- 3) Quais são os maiores desafios para seu hospital atualmente?
- 4) As estratégias utilizadas nas redes organizacionais, poderiam ser utilizadas para gestão hospitalar da região?    ( ) Sim    ( ) Não  
Justificar:
- 5) REGIONALIZAÇÃO: Qual é a visão institucional sobre as possibilidades e oportunidades regionais?
- 6) Em sua opinião, qual a maior dificuldade para qualificar o atendimento a população na sua microrregião?
- 7) Que estratégias deveriam ser implementadas para que houvesse o desenvolvimento na assistência hospitalar da região? Quem seriam os principais responsáveis por estes processos?
- 8) Observações que gostaria de acrescentar.



**ANEXO 02**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

I – **Titulo:** As Redes Organizacionais uma alternativa para Gestão Hospitalar.

II - **Objetivo geral:** Identificar os benefícios das redes organizacionais na gestão hospitalar, no case da Associação Hospitalar do Vale do Rio Pardo.

O presente estudo irá abordar a dinâmica de redes hospitalares e as práticas utilizadas pelos seus gestores que se assemelham a este processo, nos trezes hospitais associados ao Sindicato dos Hospitais do Vale do Rio Pardo no primeiro semestre de 2011 tomando a gestão referente ao período de 2010 como objeto de análise, nos seguintes municípios: Santa Cruz do Sul, Cachoeira do Sul, Rio Pardo, Venâncio Aires, Sobradinho, Vera Cruz, Encruzilhada do Sul, Arroio do Tigre, Candelária e Passa Sete. Também serão considerados na pesquisa, as características institucionais básicas e a formação profissional dos seus gestores.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a gravação/reprodução da minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos nele inseridos.

Fui, igualmente informado:

- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo proposto;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa; e
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo proposto.

A Prof. Orientador responsável por este projeto de pesquisa é o Dr. Silvio Cezar Arend (Fone 51 – 3717 7515). O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa e outra com o pesquisador responsável.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Vanderlei Trindade da Fontoura  
Entrevistador